

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 5

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES PROGRÈS DE

L'Assistance et du Traitement

DES

ALIÉNÉS AIGUS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Novembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alexis DANJEAN

INTERNE DES ASILES DE LA SEINE

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né le 2 Mai 1876, à Lyon

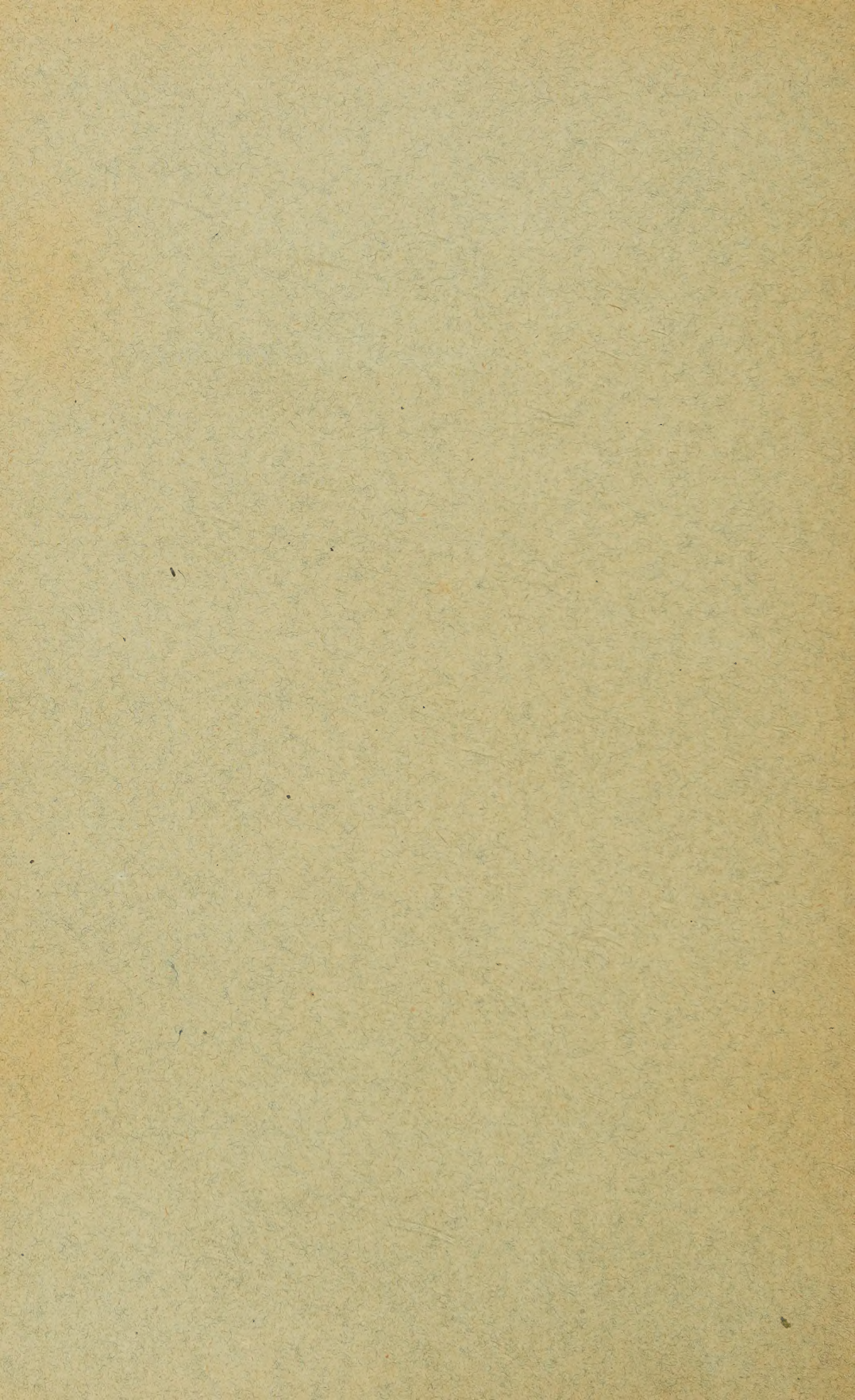


LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella, 3

1903



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES PROGRÈS DE
L'ASSISTANCE et du TRAITEMENT des ALIÉNÉS AIGUS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1903-1904. — N° 5

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES PROGRÈS DE
L'Assistance et du Traitement
DES
ALIÉNÉS AIGUS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Novembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alexis DANJEAN

INTERNE DES ASILES DE LA SEINE
ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né le 2 Mai 1876, à Lyon

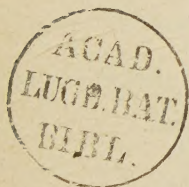


LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella, 3

—
1903



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	X...
Clinique des maladies des enfants	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	WEILL.
Matière médicale et Botanique.	MONOYER.
Parasitologie	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE.
Physiologie	LORTET.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie externe	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MORAT.
Anatomie pathologique	TEISSIER.
Médecine opératoire.	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée	MAYET.
Médecine légale	TRIPPIER.
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	SOULIER.
	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé
Maladie des voies urinaires.	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements.	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDI	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P).	REGAUD.
MOREAU.	NOVÉ-JOSSERAND	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. SOULIER, Président ; M. FLORENCE, Assesseur ;
MM. ROUX et SAMBUC, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE



Arrivé au terme de notre scolarité médicale, nous considérons comme le premier des devoirs d'exprimer ici notre reconnaissance à tous ceux qui, durant nos études, ont contribué à notre éducation clinique. Nos remerciements vont tout particulièrement vers ceux qui nous ont aidé à mener à bonne fin le modeste travail que nous présentons à l'indulgence de nos juges.

M. le Dr Sérieux, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard nous en a donné l'idée première. Nous avons très largement mis à contribution ses travaux successifs qui ont révélé en France, l'admirable progrès accompli par la psychiatrie allemande contemporaine. Son rapport magistral sur l'Assistance des aliénés à l'étranger a été pour nous une source de précieux renseignements. Qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre gratitude pour tout l'intérêt qu'il nous a témoigné.

M. le Dr Marandon de Montyel a droit également à toute notre reconnaissance, pour l'extrême amabilité dont il n'a cessé de nous donner des preuves pendant notre année d'internat dans son service.

Que M. le Dr Kéraval, dont nous apprécions actuellement les hautes qualités de l'enseignement clinique, veuille bien accepter les respectueux hommages de son élève.

Nous conservons toujours, ancré dans notre mémoire, le bon souvenir de notre temps d'externat à Lyon, dans les services de MM. Gangolphe et Audry, de M. le professeur Weill et du regretté professeur Laroyenne.

Nous remercions vivement M. le professeur Soulier d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Depuis quelques années, plusieurs travaux ont paru qui ont analysé dans leur détail les imperfections de notre système d'assistance des aliénés et montré que l'asile d'aliénés, tel qu'il existe chez nous, peut être difficilement, en raison même de l'extrême diversité des assistés qu'on lui confie, cet instrument de guérison pour les aliénés curables, qu'il serait d'intérêt majeur pour la société de posséder enfin.

Notre impuissance à mettre en pratique les conseils des vieux maîtres français, qui pensaient que le but véritable de l'asile est d'assurer aux malades atteints de troubles mentaux susceptibles de guérison, un traitement vraiment médical, a conduit certains esprits peu satisfaits de ce qui existe chez nous, à tourner leurs regards vers les progrès accomplis à l'étranger dans le domaine de la psychiatrie, pour y chercher des modèles.

Des enquêtes poursuivies, particulièrement en Allemagne, sur l'organisation des établissements d'aliénés, ont montré les liens solides qui y solidarisent entre elles,

les méthodes de traitement, l'organisation des asiles et celles du personnel médical et de surveillance.

Ces enquêtes sont venues d'autre part affirmer l'excellence du principe déjà ancien de la séparation des aliénés aigus et des chroniques, au point de vue de leur assistance. C'est à l'influence de Griesinger qu'il faut attribuer le triomphe de ce principe dans les pays de langue allemande.

Si on demandait, ce que nous entendons par états aigus, en aliénation mentale, nous ne pourrions en donner une meilleure définition, que M. le Dr Sérieux. « Sous le nom d'états aigus, nous comprenons à la fois les délires à évolution rapide et de date récente (délires toxiques, hallucinatoires, états maniaques et mélancoliques) et les épisodes aigus des états chroniques (paralyse générale, lésions cérébrales circonscrites, délires systématisés). »

C'est pour de tels cas, qu'un hôpital de traitement est indispensable, un hôpital au vrai sens du mot, débarrassé de tous ceux qui à l'asile ne sont point à leur place et qui l'encombrent.

A ces aliénés aigus, la vieille méthode de traitement par le travail, ne peut rendre aucun service, en raison principalement de cet état d'affaiblissement physique qu'entraînent le plus souvent avec eux les troubles mentaux aigus. A ces malades, il faut du repos, un traitement approprié et une surveillance attentive.

Si l'asile d'aliénés doit être un hôpital, c'est à cette sorte de malades surtout qu'il faut le réserver.

Et-il nécessaire de répéter après tant d'auteurs plus autorisés que nous, que pour chacune des catégories

d'assistés que renferme pêle-mêle actuellement l'asile, il faut un mode d'assistance spécial?

C'est dans cette voie de réformes salutaires, où nous a précédé l'étranger, que le département de la Seine est résolument entré, grâce à l'heureuse initiative de ses assemblées délibérantes et avec le concours dévoué des médecins de ses asiles.

« Nettement, dit M. Paul Brousse, on aperçoit dans la masse, jadis inorganique de l'asile, les grandes lignes de l'être organisé nouveau, la clinique psychiatrique, l'hospice, la colonie, l'outil se modifiant avec la division du travail, s'appropriant à sa besogne. Les jours de l'asile garderie sont comptés (1). »

Dans ce travail, où nous avons cherché sous forme d'une revue générale à étudier les progrès accomplis à l'étranger, par l'assistance et le traitement des aliénés aigus, nous avons tenu en premier lieu à rappeler succinctement les imperfections de notre assistance particulièrement en ce qui concerne ces malades. Cet aperçu rapide de ce qui existe chez nous, nous semble mettre mieux en évidence l'énorme effort, fait en Allemagne, pour faire bénéficier les états aigus de l'aliénation d'un traitement vraiment médical.

Nous avons étudié ensuite l'organisation du quartier de surveillance continue, organe essentiel de tout hôpital d'aliénés à l'étranger. La méthode de l'alitement, bien qu'elle ait fait déjà l'objet de travaux français importants, nous a semblé mériter une étude succincte. Il est cer-

(1) Paul BROUSSE. Rapport au Conseil général. *Revue municipale*, déc. 1897.

taines choses sur lesquelles on ne saurait trop insister.

Le traitement des états d'agitation par le bain permanent, considéré en Allemagne comme une méthode auxiliaire de celle du repos au lit, nous a paru également intéressant, d'autant plus que ces deux méthodes physiques de traitement ont abouti au résultat désiré par tous, la suppression des moyens mécaniques de contention et la restriction à certains cas très rares, de l'isolement cellulaire, assurant ainsi le triomphe définitif des idées de non restraint.

Assistance des aliénés aigus et curables en France

C'est à dessein que nous juxtaposons ces deux termes. Ils se complètent mutuellement. L'expérience clinique a en effet démontré que ce sont précisément les états aigus des maladies mentales qui sont le plus susceptibles de guérison ou d'amélioration, tandis qu'un trouble mental dont les symptômes s'atténuent, a de fortes chances de passer à l'état chronique.

Il va sans dire que l'activité plus ou moins évidente d'une affection mentale n'entraîne pas nécessairement avec elle, présomption de curabilité. Maintes vésanies, susceptibles d'une phase d'acuité à un moment quelconque de leur évolution n'en sont pas moins complètement incurables et progressives et ne peuvent présenter à aucun moment, de véritables chances de guérison.

Il ne peut y avoir en médecine mentale, pas plus que dans un autre domaine de la pathologie générale,

corrélation exacte entre curabilité et acuité d'une affection.

En matière d'assistance, il convient néanmoins de considérer ces deux termes, comme équivalents. La distinction entre aliénés curables et incurables est du reste à peu près universellement acceptée par les aliénistes, à l'exception toutefois de ceux qui envisagent tout vésanique, comme un amputé du cerveau, digne de retenir tout au plus quelques minutes l'attention du médecin.

Cette distinction n'est d'ailleurs pas nouvelle. Elle fut faite au commencement du siècle passé en Allemagne, par Langermann, qui « put, dès le début, dit Griesinger, procéder à l'érection d'établissements pour les cas aigus et d'autres établissements tout à fait séparés pour les malades incurables ».

N'est-elle pas impliquée aussi dans le vœu d'Esquirol, qui réclamait la création d'établissements de traitement, destinés à recevoir 150 à 200 malades, où l'aliéné ne serait admis qu'aux conditions « de n'avoir pas été traité ailleurs, de n'être pas malade depuis plus d'un an et, de quitter l'établissement dès qu'il serait reconnu incurable. »

En 1818, Georget demandait aussi qu'on séparât les malades incurables de ceux en traitement.

Spurzheim, vers la même époque s'exprimait ainsi : « les fous sont curables ou incurables. Ces deux sortes de malades exigeant un traitement, différent sous beaucoup de rapports, leurs hôpitaux doivent aussi être différents. Bien des arrangements nécessaires pour les guérissables sont tout à fait superflus pour les idiots et

ceux qui sont en démence, lesquels forment la classe la plus nombreuse des aliénés. »

La réforme accomplie par Pinel, qui amena l'humanité à considérer l'aliéné comme un malade et comme un être malheureux digne des meilleurs soins, eut en Allemagne ce résultat, que l'on ne doutât plus de la curabilité de la folie, vérité qui n'a pu, en France, se faire encore complètement jour, et qu'on s'occupât logiquement de séparer ceux dont on pouvait espérer la guérison de ceux qui semblaient être incurables.

« Dès le commencement de ces réformes, dit Griesinger (1), on demeura persuadé en Allemagne que la première condition pour le succès du traitement, c'est de séparer les aliénés curables de ceux qui ne le sont pas..... On comprit que l'organisation des asiles où l'on reçoit des incurables, doit être essentiellement différente sous certains rapports de celle des établissements destinés au traitement des cas récents : puisque dans les premiers, les malades restent généralement toute leur vie, tandis que dans les autres, ils ne font qu'un séjour passager. »

Depuis cette époque, quelle que fût la doctrine somatique ou psychologique de l'origine de la folie, qui eut la prédominance, le résultat resta acquis.

Aussi Griesinger trouva-t-il les esprits tout préparés pour son enseignement et n'eut-il pas beaucoup de peine à convaincre ses contemporains, ainsi que les pouvoirs publics, de la nécessité absolue de traiter à part curables et incurables, aigus et chroniques.

(1) GRIESINGER. *Traité des mal. mentales*, p. 575.

Toute l'histoire de la psychiâtrie allemande, dans ces trente dernières années révèle, cette tendance continue à l'adaptation des moyens de traitement aux catégories diverses d'assistés.

Krœpelin et Meschede sont revenus fréquemment sur cette question de la dualité des établissements et des mesures à réserver aux aliénés aigus et aux chroniques. Pour ces auteurs, ce qui s'impose par-dessus tout, c'est la création d'établissements urbains, destinés à servir de bureaux d'admission et d'hôpital de traitement pour les cas aigus et curables.

Mais objectera-t-on avec Falret, cette distinction prise comme base de tout un système nouveau d'assistance n'est pas aussi facile, ni aussi réelle, qu'on pourrait le croire? Qui peut affirmer la non curabilité d'une psychose (on en a vu guérir au bout de vingt ans)? La science donne-t-elle des résultats si nets, permet-elle d'être aussi positif?

Il est évident, que dans le détail, ce que pense Falret est juste. La possibilité de poser d'emblée un pronostic est une affirmation qui doit entraîner avec elle quelques réserves. Il est certains cas qui, en effet, s'améliorent très tardivement.

Pratiquement, il est permis néanmoins de ne tenir de ces cas qu'un faible compte en raison de leur très petit nombre.

* L'observation soigneuse des malades, de leurs réactions, ainsi que l'étude de l'évolution des principales formes mentales, ont depuis longtemps convaincu les aliénistes, qu'en dehors des cas très nombreux, plus des deux tiers, où le pronostic de curabilité ou d'incurabilité

peut être rapidement posé, il n'y a place que pour quelques rares cas douteux, qui doivent bénéficier du doute dans lequel ils tiennent le clinicien et se confondre au point de vue du traitement avec les curables.

« Tous les aliénistes, dit M. Toulouse, savent reconnaître les signes de curabilité de certaines formes vésaniques ». Cet auteur rappelle que Guislain, dans ces cas douteux n'offrant aucun signe permettant de juger de leur curabilité, se basait sur la durée de la maladie qui diminue d'autant qu'elle se prolonge, les chances de guérison.

Au point de vue clinique, il faut donc considérer les psychoses aiguës comme les plus curables, et dans une proportion très élevée même, sous certaines conditions, dont la principale est la mise hâtive en traitement.

Des statistiques qui ont bien elles aussi leur valeur, viennent de leur côté affirmer cette proposition.

Esquirol remarquait que chez les malades susceptibles de traitement, les idiots et les épileptiques exceptés, on obtenait une guérison sur 2,33. Guislain n'avait-il pas déjà noté que 60 % des cas sont curables dans le premier mois, 25 % seulement dans le second et qu'à la fin de la première année, la folie est à peu près incurable. Il affirmait d'autre part qu'il y avait au moins 15 à 20 % de curables sur la population sédentaire d'un asile.

Parchappe à l'asile Saint-Yon, pour une période de huit années de 1835 à 1843, obtint — 747 guérisons sur 1432 admissions, — en retranchant les formes absolument incurables. C'est donc ici une proportion de plus de 50 %.

En Ecosse, en Angleterre, Thurnam, Savage, Batty Tuke et les rapports des commissionners in Lunacy relèvent également un chiffre aussi considérable de guérisons.

Mais la signification de ces statistiques, sans être de nulle importance, comporte cette réserve, qu'elles ne portent que sur la totalité des admissions.

Bien plus démonstratifs, pour juger de l'efficacité du traitement, sont les chiffres donnés par les auteurs allemands, chiffres obtenus dans des asiles récents où rien n'est épargné pour le traitement des malades.

En 1896, année de sa fondation, à la clinique de Giessen, sur 184 malades admis, 59 sont sortis guéris ou améliorés. Ceci est une bonne preuve de l'efficacité du traitement, auquel chaque malade est soumis individuellement dans les cliniques allemandes analogues.

A l'asile-colonie de Alt-Scherbitz, de 1886 à 1893, la proportion des malades reconnus curables étant de 26 % par rapport au nombre total des admissions, on a obtenu 49,9 % de guérisons, 6,75 % d'améliorations, 29,15 % de malades sont restés en traitement à l'Asile.

A l'asile de Nietleben, de 1886 à 1891, en ne tenant compte que des sujets atteints d'affections mentales curables, on a obtenu, 32,2 % de guérisons, 12,9 % d'améliorations.

A l'asile de Grafenberg, de 1876 à 1885, on a observé une moyenne de 43,4 % de guérisons par rapport au nombre des psychoses aiguës.

Ces chiffres sont amplement suffisants à démontrer qu'il y a dans les asiles à côté d'infirmités, en grand

nombre, une assez forte proportion de malades curables qui doivent bénéficier d'un traitement individuel, en rapport avec cette qualité même de malade qu'on leur reconnaît.

Il est d'autre part un fait depuis longtemps constaté par les aliénistes, c'est que l'on obtient d'autant plus facilement la guérison, que le placement du malade dans un asile et sa mise précoce en traitement ont été plus rapprochés du début de l'affection mentale.

MM. Sioli et Dannemann ont donné comme une bonne preuve de l'utilité des hôpitaux urbains d'aliénés destinés surtout à recevoir dès leur éclosion, les cas aigus de l'aliénation, que 50 % des malades admis dans ces hôpitaux peuvent être mis en liberté, après sept ou huit semaines de traitement, et que quatre ou cinq mois après leur entrée à l'hôpital, les deux tiers de ces malades sont guéris.

Weygandt, dans 100 cas où une guérison solide s'est maintenue, a mis en regard la durée du traitement et l'époque de la maladie, au moment de laquelle on avait procédé à l'internement. Il constate que la guérison survient dans 41, 4 % des cas admis au cours du premier mois, dans 32, 9 % au cours du deuxième et du troisième mois, dans 15, 3 % du quatrième au sixième mois et seulement dans la très faible proportion de 2, 2 % après la seconde année.

La conclusion qu'on peut tirer de ces statistiques, c'est que les cas aigus des psychoses méritent d'attirer et de retenir l'attention du médecin, parce qu'ils ont tout à gagner d'un internement rapide.

Au même titre qu'une fièvre typhoïde, ou qu'une

pneumonie, ces cas réclament des soins précoces, d'autant qu'on a plus à craindre en aliénation mentale que partout ailleurs, le passage à l'état chronique et de ce fait, la perte pour la société, d'un élément qui aurait pu y jouer encore un rôle utile.

Aperçu rapide sur les imperfections de l'Assistance des aliénés aigus.

Trouve-t-on dans l'état actuel de notre assistance des aliénés, cette distinction fondamentale entre les maladies mentales aiguës et curables et celles qui ne le sont pas ?

La loi et les règlements concernant les aliénés font-ils état de cette distinction et prévoient-ils les mesures que celle-ci doit entraîner logiquement avec elle ?

Les critiques nombreuses dont la loi de 1838 a fait l'objet, permettent d'affirmer qu'il n'en est rien et que ce n'est que très insuffisamment, d'ailleurs, que cette loi a pris en considération la qualité de malade, reconnue à l'aliéné, depuis les efforts mémorables de Pinel.

La loi de 1838, a-t-on dit, a, vis-à-vis de l'aliéné, plutôt les caractères d'une mesure de police, destinée à garantir la société des méfaits possibles de ce dernier, que ceux d'une mesure véritable d'assistance.

Le seul refuge qu'elle reconnaît à l'aliéné, elle s'efforce de ne lui en faciliter l'accès, qu'à des conditions telles, que si on les observait à la lettre, l'internement, le placement dans un asile d'aliénés, serait une rareté, une vraie mesure d'exception.

En effet, la nécessité du placement d'un aliéné indigent dans un asile, ne s'impose légalement que si l'aliéné est dangereux pour la sécurité et l'ordre public. Or, c'est loin d'être toujours le cas, comme le professeur Pierret le faisait remarquer au Congrès de médecine mentale de Lyon.

La loi, d'autre part, ne reconnaît pas au malade la faculté de juger lui-même de son trouble mental et de réclamer en conséquence son internement.

Seul, le département de la Seine accorde aux indigents le droit au placement volontaire. Partout ailleurs, enquêtes de police, ordre préfectoral sont nécessaires. Toutes ces formalités ne contribuent pas à décider les familles, que terrifie déjà le diagnostic de folie, à demander l'internement de leur malade. Il en résulte que la plupart des aliénés n'arrivent à l'asile qu'après un laps de temps assez prolongé qui a diminué de beaucoup leurs chances de guérison.

L'esprit de la loi est donc bien peu en rapport avec les desiderata formulés récemment par nombre d'aliénistes et surtout avec les vœux de son rapporteur, M. Vivien, qui disait en 1837 : « Il est des aliénés dont la condition est trop déplorable, quoiqu'ils ne menacent point la sécurité des citoyens, pour que la société ne leur vienne pas en aide ; tous ceux aussi qui sont en proie au premier accès d'un mal que l'art peut dissiper, doivent être admis à recevoir les secours de la science ; et quand sur tous les points du territoire, des hôpitaux sont ouverts aux diverses maladies qui affligent l'humanité, la plus cruelle ne saurait être privée de ce bienfait. Des mesures doivent être prises pour que tous les

aliénés dont la raison n'est point irrévocablement détruite, obtiennent un traitement immédiat et complet. »

Quant à ceux que leur agitation ou le caractère de leur délire désignent comme très dangereux, les cellules d'observation des hôpitaux dans lesquelles on les jette, n'offrent pas pour eux un refuge préférable aux prisons et aux cachots, où l'on enfermait autrefois les démoniaques en attente de l'exorcisme et de l'autodafé.

Les enquêtes de MM. Monod et Napias sont assez démonstratives à cet égard. Le rapport récent de M. le Dr Liwoff donne des détails effrayants sur ce qui se passe dans la plupart des localités où un aliéné agité, dans l'attente de son internement, est confié à la garde de l'autorité. Placés dans des locaux plus comparables à des chenils, à l'abri de l'air et de la lumière, mais non du froid, solidement camisolés, ayant tout à redouter de l'inexpérience craintive et brutale de leurs gardiens, les malades attendent dans ces cellules l'accomplissement des formalités indispensables à leur entrée à l'asile.

La loi de 1830 est donc loin d'offrir aux malades indigents la possibilité d'un internement hâtif, et par conséquent l'avantage d'un traitement précoce. Il ne faut dès lors pas trop s'étonner de l'accroissement sans limites du nombre des incurables qui restent à l'Asile définitivement à la charge de la Société.

Les efforts du médecin aliéniste sont donc contre-carrés par cet obstacle légal, qui augmente sa tâche, retarde la guérison où la rend impossible et suffit à décourager toute tentative thérapeutique.

Ces défauts légaux ont été admirablement

résumées dans les termes suivants par le docteur Vigouroux : « les hésitations, les atermoiements aboutissant toujours au maintien du malade dans le milieu où son délire a pris naissance sont à la fois mauvais et dangereux. Mauvais, car des statistiques indéniables ont montré qu'en retardant l'internement « on fabriquait des incurables » que plus le placement était ajourné plus les chances de guérison diminuaient ; dangereux, parce que la liste déjà longue des crimes et délits commis par des aliénés laissés en liberté s'accroît tous les jours. »

Mais le principal obstacle à un traitement rationnel des « aliénés aigus » c'est l'asile lui même. C'est un hôpital qu'il faudrait à de tels malades. On les reçoit à l'asile d'aliénés qui en a bien peu le caractère. Au point de vue architectural tout d'abord : la plupart des asiles français ont une apparence monumentale, une façade imposante avec une symétrie remarquable de tous les bâtiments. L'organisation des quartiers de l'asile indique suffisamment à elle seule la conception qu'on avait de l'asile d'aliénés il y a cinquante ans. Ce devait être une maison de détention, ce rôle n'en a pas échappé : grilles, murs élevés, sauts de loup, tout indique qu'on a bien affaire à une prison.

A la vérité, on a pas tenu à créer autre chose qu'une maison de détention. A quelle sorte d'individus la loi destinait-elle l'asile ? Uniquement aux aliénés dangereux pour autrui ?

« L'idée, dit Parchappe, de la nécessité de donner à l'habitation de l'aliéné un caractère exceptionnel en vue de réformer ses penchants à la violence, à la turbu-

lence, à la malfaisance et d'en neutraliser les effets par des obstacles matériels, a passé des prisons, d'où la réforme faisait sortir les aliénés, jusque dans les refuges qu'elle leur ouvrait, s'est longtemps perpétué dans les asiles et a laissé des traces encore subsistantes dans les principes adoptés pour le classement des malades et dans les pratiques suivies pour l'appropriation des quartiers (1) ».

D'autre part, on a si longtemps vécu avec la croyance à l'incurabilité des maladies mentales, qu'il est bien naturel que la conséquence de ce préjugé, entraînant la création de ces sortes de maisons de détention. Le docteur Sérieux a justement insisté sur le résultat déplorable dont cette conception de l'incurabilité de la folie a été la cause.

« Comme il ne s'agissait plus, dit-il, dans l'asile d'aliénés, tel que le comprenait le préjugé vulgaire, que de recueillir et de maintenir sous clef des sujets incurables et dangereux, on a créé pour eux, non pas des hôpitaux de traitement, mais de grandes renfermeries... Il est de toute évidence qu'on s'est inspiré de l'organisation des établissements pénitentiaires, les exigences du traitement sont restées méconnues, puisqu'aussi bien l'axiome « qu'on ne guérit pas de la folie » demeurerait incontesté (2). » Si l'architecture de l'asile, tel qu'il en existe de nombreux modèles, ne contribue pas à lui donner un caractère de maison de traitement, son aménagement intérieur qui est en quelque sorte subor-

(1) PARCHAPPE. *Dict. Encyclop.* Annot. des aliénés, p. 105. *

(2) SÉRIEUX. Rapport au Conseil général, p. 867.

donné à ses grandes lignes, répond encore moins à l'idée qu'on se fait d'un établissement destiné à des malades.

Chacun des quartiers n'a rien en lui même qui le distingue des autres, rien qui lui soit personnel, et qui l'adapte à la catégorie spéciale de malades auxquels il est destiné. Chacun de ces bâtiments pourrait indifféremment recevoir les malades d'un autre quartier, ou lui céder les siens. Il serait possible même de transporter les malades d'une division dans l'autre, sans que le service en souffrit beaucoup.

Cette uniformité, cette symétrie rigoureuse de quartiers doivent entraîner avec elle le défaut de souplesse, l'insuffisance d'adaptation dans le classement des malades : rappelons ce qu'en disait Parchappe : « Aussi dans un grand nombre d'établissements et même dans les projets et les plans les plus récents, le principe dominant du classement est encore emprunté à la considération de l'état d'agitation, motivant par son degré des quartiers distincts pour les paisibles, les demi-paisibles, les agités, les furieux, classification qui représente l'enfance de l'art et qui n'est applicable qu'aux établissements où n'a pas été dépassé le niveau atteint depuis plus d'un quart de siècle. »

« C'est là, dit le Dr Marie, une classification d'infirmier qui mélange et confond les variétés les plus disparates. »

Un tel classement assurant à des catégories si diverses de malades, un traitement uniforme, réparti sur toute la masse des aliénés, des dépenses, trop élevées pour les incurables, trop faibles au contraire pour les malades curables, ce qui est évidemment une mauvaise réparti-

tion. Il prive d'autre part tous les malades et plus particulièrement les chroniques paisibles, de cette vie en liberté qu'on tend partout à l'étranger à leur concéder, liberté qui se concilie mal avec le système des pavillons fermés, adoptés à peu près exclusivement dans nos asiles.

L'encombrement qui est un fait commun aux asiles provinciaux, ainsi qu'à ceux de la Seine, ne peut évidemment faciliter la tâche des médecins conscients de leur rôle et convaincus que tous les efforts thérapeutiques doivent converger en vue du traitement des aliénés aigus et curables. Depuis longtemps on a fait le procès de l'encombrement. Il reconnaît certaines causes évidentes dont nous ne signalerons que les plus importantes.

M. Pierret pense qu'une des causes principales de l'encombrement, peut être attribuée l'augmentation du nombre des chroniques, redevable de l'internement tardif des aliénés indigents.

« Quand ces malades longtemps repoussés, dit-il, finissent par entrer dans les asiles, c'est pour n'en plus sortir. De là, un encombrement croissant qui d'une part, diminue les chances de guérison pour les aliénés encore curables, et de l'autre, impose aux départements des sacrifices sans cesse renouvelés, qui usent peu à peu l'esprit de charité des conseillers généraux (1).

L'asile des aliénés, à mesure que les nécessités de l'Assistance se sont étendues, est devenu un refuge pour une foule de sujets, qui, est-il besoin de le dire, n'y sont nullement à leur place.

(1) Congrès de médecine mentale de Lyon, 1891.

Alcooliques guéris des troubles délirants qui ont amené leur internement et qu'on ne maintient qu'en violation des dispositions légales ; épileptiques sains d'esprit dont la séquestration ne peut être régulière que par un acte de complaisance du médecin, qui doit, disait Legrand du Saule, jeter sur leurs épaules la livrée du délire ; incurables inoffensifs que réclame le placement familial, tous trouvent place à l'Asile. On y reçoit même dans les régions où les œuvres d'assistance pour la vieillesse sont insuffisantes, un certain nombre de vieillards plus ou moins éclopés, que l'on classe parmi les séniles affaiblis.

Il est une dernière catégorie d'individus qui troublent encore plus le fonctionnement de l'asile ; ce sont les aliénés criminels condamnés ou non et principalement ces « vicieux » dégénérés malfaisants, dont la présence au milieu des autres malades est la source d'inconvénients nombreux et graves. Placés ordinairement dans un quartier d'agités, en vue d'une surveillance plus sévère, ces fous moraux sur lesquels la thérapeutique ne peut rien, contribuent en raison des mesures spéciales qu'on doit prendre à leur égard, à accroître ce caractère de maison de détention qu'ont malgré tout nos asiles d'aliénés.

Avec d'aussi multiples variétés d'assistés, l'asile actuel ne mérite-t-il pas l'appellation de « fosse commune des fous » que lui a donné M. J. Reinach...

Il est peu de chefs de service, qui aient moins de quatre ou cinq cents malades sous leur responsabilité et nous ne donnons là qu'un minimum, auquel il faut joindre le chiffre annuel des admissions, parfois considérable.

« Est-il besoin, dit le docteur Sérieux, de s'attarder à démontrer que dans des services aussi surchargés, non seulement il ne saurait être question de traitement, mais que le diagnostic et le pronostic ne peuvent guère être sérieusement établis? »

Personne n'a jugé plus sévèrement que Ludwig, les méfaits de l'encombrement. « L'encombrement, dit-il, quand il dépasse certaines limites, n'est pas autre chose qu'une succession de mauvais traitements de jour et de nuit pour les aliénés aussi bien au point de vue de leur état psychique qu'au point de vue de leur état physique. C'est en réalité tromper l'espoir et la confiance des malades et de leur famille, c'est anéantir le zèle et l'ardeur au travail du médecin dont les efforts deviennent vains ; c'est un moyen sûr de décourager les bons infirmiers, de les pousser à négliger leur service et fournir des excuses aux brutalités de mauvais serviteurs. »

Comment un seul médecin pourrait-il s'occuper effectivement d'une multitude semblable? Quel est le résultat d'un pareil état de choses? On le devine aisément. Il en résulte que toute thérapeutique individuelle devient impossible et que l'aliéné n'est jamais soigné pour sa maladie mentale. En définitive, comme le dit M. Marandon de Montyel, c'est un traitement en bloc qu'on applique, une thérapeutique collective « de parties égales d'hygiène et de discipline » et non ce traitement attentif, cet examen quotidien que réclament les états aigus de l'aliénation, en tous points comparables aux affections somatiques graves, qu'on n'aurait garde dans un hôpital ordinaire d'oublier un seul jour. L'asile ne peut plus être dès lors pour les malades,

cet instrument de guérison, dont parlait Esquirol ; il est devenu un organisme défectueux qui n'a pas même les apparences de cet hôpital de traitement pour les maladies du cerveau, que partout à l'étranger on s'est efforcé de créer.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur ces déficiences de notre assistance des aliénés. Leur conséquence principale est le mélange des aliénés aigus et des chroniques, dont le procès n'est plus à faire. Chaque jour, l'attention du médecin est accaparée et dispersée, sur la foule des malades chroniques confiés à ses soins, au détriment des malades aigus qui pourraient retirer de ses soins un bénéfice plus certain.

Ce mélange est donc détestable au point de vue thérapeutique.

Au point de vue financier, l'inconvénient n'est pas moindre. La répartition sur tous les malades indistinctement, de dépenses faites surtout en vue de la guérison des malades curables, est une mauvaise opération. Les besoins des uns et des autres étant très inégaux, les aliénés chroniques ont dans l'état actuel des choses, véritablement du superflu, tandis que les aigus ont à peine le nécessaire.

Rappelons à ce propos, les paroles de Yellowlees, directeur d'un de ces asiles d'Ecosse où le classement rationnel et vraiment utilitaire des malades a été le plus tôt établi.

« Pour bien des chroniques et des déments, il est certain que l'assistance dans un asile moderne et agencé pour le traitement des curables est une extravagance coûteuse et inutile. »

« Faire de grands sacrifices d'argent en faveur des aliénés curables, les soigner dans des hôpitaux bien aménagés, largement pourvus de médecins et de gardiens et donner aux autres, aux deshérités que la médecine mentale renonce pour le moment à guérir une assistance suffisante, voilà le but à atteindre. » Telle est sur ce point l'avis de M. Toulouse.

Si nous avons ici à exprimer quelques desiderata pour ce qui concerne l'assistance des aliénés aigus, nous ne pourrions que répéter les souhaits de certains auteurs très autorisés.

En premier lieu, la loi doit s'assouplir et se plier aux exigences formulées par tous ceux qui restent soucieux de l'intérêt des malades et de la société.

Il serait bon de faciliter l'entrée à l'asile enfin devenu un hôpital d'aliénés et non, par l'accroissement des formalités, en détourner le public.

« Etablissez, dit M. le Dr Roux (de Saint-Etienne), un service hospitalier où les entrées se fassent librement sans autre formalité que le billet d'entrée donné par l'interne. »

Tel est aussi, l'avis du docteur Taty (1). « Nous voudrions l'hôpital largement ouvert, ouvert aux malades eux-mêmes qui voudraient y demander personnellement leur admission, ouvert aux familles, et aux autorités qui pourraient y placer leurs malades, comme dans un hôpital sans les formalités et les lenteurs actuelles si nuisibles. »

(1) Congrès de médecine mentale, Nancy, 1896.

De l'Assistance des Aliénés aigus en Allemagne

Qu'a-t-on fait en Allemagne pour assurer aux aliénés aigus une assistance qui répondît à cette qualité de malades qu'ils méritent par-dessus tous les autres aliénés? Comment s'est réalisée outre Rhin « l'hospitalisation » effective des psychoses aiguës?

C'est ce que nous allons étudier :

A l'encontre de notre pays, où rien de spécial à vrai dire, n'a été fait en vue d'une assistance rationnelle des états aigus de la folie, tous les efforts de la psychiatrie allemande dans ces trente dernières années se sont concentrés sur cet objectif principal : faire bénéficier les aliénés aigus, d'un traitement approprié, réclamé en leur faveur par une humanité large et une science plus profonde.

A l'histoire des progrès de l'assistance de cette catégorie de malades, se rattache d'ailleurs celle du développement de l'enseignement psychiatrique en Allemagne, développement incomparable, dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

Deux sortes d'établissements ont été créés en vue de l'hospitalisation et du traitement des affections mentales aiguës, les hôpitaux urbains d'aliénés, dont il n'existe encore qu'un petit nombre et les cliniques psychiatriques universitaires, en tous points comparables aux hôpitaux urbains, avec cette différence qu'elles sont utilisées pour l'enseignement.

Les Asiles provinciaux ont également dû se modifier dans le sens que Griesinger avait indiqué et nous verrons plus loin que le souci du traitement des états aigus de la folie, a conduit à réunir aux colonies libres d'aliénés chroniques, de petits hôpitaux destinés aux cas aigus. Cette alliance entre l'hôpital d'aigus et la colonie de chroniques porte le nom d'Asile-colonie.

C'est dans les conceptions de Griesinger sur l'assistance des aliénés en général, c'est à son opinion de l'utilité de la séparation des curables d'avec les incurables qu'il faut rapporter l'orientation définitive qu'ont prise à ce sujet les idées de ses contemporains et de ses successeurs. L'opinion de Griesinger n'était pourtant pas une nouveauté.

Dès 1835, le professeur Ritgen demandait au Parlement de Giessen la création d'un hôpital urbain qui devait être destiné à l'enseignement de la médecine mentale. Des asiles de traitement (heilanstalten) avaient même été fondés dans le duché de Mecklembourg par Flemming et par Zeller, dès 1830.

Ces tentatives étaient néanmoins restées localisées. Tous les autres asiles où des essais de séparation entre les curables et les incurables avaient été faits, s'étaient peu à peu laissés encombrer par les chroniques et res-

taient des établissements mixtes où s'opéraient la fusion de ces deux catégories de malades, avec tous ses inconvénients.

C'est pourquoi on peut dire que c'est avec Griesinger que débute une ère nouvelle dans l'assistance des aliénés.

« Un mode bien entendu d'assistance publique des aliénés, dit-il, doit satisfaire à deux conditions essentielles ou si l'on veut doit comprendre deux espèces principales d'asiles, qui doivent être absolument séparés, parce qu'ils doivent avoir une situation, une distribution et une organisation complètement différentes, les malades devant faire dans les uns un séjour exclusivement transitoire, dans les autres un séjour prolongé. »

D'après Griesinger, il fallait de toute nécessité créer trois sortes d'établissements, un hôpital urbain pour les cas aigus, une colonie agricole pour les chroniques valides et un hospice pour les infirmes.

Depuis, l'idée de Griesinger n'a cessé de voir s'accroître le nombre de ses défenseurs.

Les professeurs Jolly, Kroepelin, Meschede se sont attachés à démontrer qu'il est d'une nécessité urgente pour les grandes villes, où les cas aigus de folie sont particulièrement fréquents, de créer des hôpitaux spécialement destinés aux aliénés aigus et curables.

Le professeur Rieger, de Wurzburg, demande même, que chaque ville d'au moins 50.000 habitants, possède un asile urbain, dirigé par un médecin aliéniste et aménagé comme un hôpital ordinaire.

En 1898, le professeur Sommer, de Giessen, revenait

sur cette question et jugeait de la plus pressante nécessité, la création d'asiles urbains de traitement.

Deux travaux récents de Sioli et de Dannemann sont venus à leur tour proclamer l'utilité et l'urgence de la création d'hôpitaux urbains.

Nous ne pouvons mieux faire que donner les conclusions de M. Sioli, médecin de l'asile urbain de Francfort, qui, au Congrès des médecins aliénistes de Francfort en 1900, a étudié ce que devait être un asile urbain (1).

1° Les grandes villes ont d'autant plus besoin d'une hospitalisation immédiate des aliénés, que leur population est plus dense et plus élevée. La proportion des cas aigus exigeant une admission d'urgence, est, en effet, quatre fois plus considérable dans ces milieux que dans les pays ruraux ;

2° Cette catégorie de cas aigus, dont la proportion est beaucoup moins élevée dans les pays ruraux se compose :

Pour 1/4 d'alcooliques.

Pour 1/4 de maladies mentales organiques (paralyse générale, démence sénile).

Pour 1/8 d'épileptiques et d'hystériques.

Pour 1/8 d'imbéciles et de dégénérés.

Les malades de ces différents groupes sont peu nombreux dans les asiles ruraux, tandis que dans les villes, ils fournissent les deux tiers des admissions. Le dernier quart des entrées est fourni par les psychoses dites simples (psychoses d'épuisement, hébéphrenie, catatonie)

(1) ALLG. Zeitschrift für Psych., 1900, p. 600.

qui se développent le plus souvent sur un terrain dégénéré ou épuisé ;

3° Dans les grandes villes ne possédant pas d'hôpitaux urbains d'aliénés, la plupart de ces malades, qui ont besoin de soins immédiats, ne peuvent être hospitalisés d'une façon satisfaisante ; ils sont en partie internés provisoirement dans les dépôts de police, les hospices, les cellules d'observation des hôpitaux, etc ;

4° Quand l'assistance dans un milieu approprié peut être immédiatement réalisée, on constate que la moitié des malades admis peuvent être mis en liberté après six ou huit semaines de traitement. Après quatre ou cinq mois, les deux tiers des sujets admis sont mis en liberté, seul le tiers restant doit être transféré à l'asile ;

6° L'hôpital urbain ne doit pas être situé à une heure de chemin de fer, pas même à une heure de voiture de la ville. Il doit ne pas être plus éloigné que les autres hôpitaux ; le transport des sujets agités, sans connaissance ou délirants, des malades ayant fait une tentative de suicide est, en effet, chose aussi difficile et aussi urgente que celui des autres malades, les blessés par exemple ;

7° On peut même dans les petits hôpitaux de 40 ou 50 lits, réaliser un classement suffisant des malades à l'aide des catégories suivantes :

- a) Tranquilles (mélancoliques, etc.).
- b) Paralytiques (séniles, etc.).
- c) Agités.

8° Pour les villes dont la population atteint ou dépasse légèrement cent mille habitants, un quartier spécial, com-

posé de deux pavillons pour un total de 40 lits environ, peut être annexé à l'hôpital. Le séjour des malades ne doit pas dépasser trois ou quatre mois. Si un traitement plus prolongé est nécessaire, les aliénés seront transférés à l'asile provincial. Le transfèrement peut avoir lieu avant ce délai, s'il s'agit de cas chroniques.

Dannemann, en 1901, a exposé dans tous ses détails un projet de création et d'organisation d'un hôpital urbain. Il insiste particulièrement sur ce fait que si l'organisation d'un établissement semblable est coûteux, le résultat excellent qu'on obtient, compense largement le surcroît des dépenses. Il serait même possible, d'après cet auteur, de réduire fortement cette dépense en annexant de petits pavillons à un hôpital ordinaire. On pourrait ainsi, malgré la faiblesse des ressources, opérer le classement des malades en trois catégories, les convalescents et les malades n'ayant pas besoin de surveillance, les malades tranquilles à surveiller et, en dernier lieu, les insociables qu'il ne faut pas perdre de vue.

Le besoin d'asiles urbains ne s'est pas fait sentir seulement en Allemagne et leur utilité n'a pas échappé aux aliénistes des autres pays. M. le Dr Ladame (1) a étudié tout ce qui avait été fait et tout ce qui restait encore à faire à Genève, en vue de l'hospitalisation des délirants.

A Edimbourg, on a décidé l'annexion à l'hôpital clinique d'un asile urbain.

Dans l'Etat de New-York, deux asiles urbains sont en construction.

(1) LADAME. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1899.

La question des hôpitaux urbains posée dans d'autres pays n'est pas restée sans écho en France. M. Toulouse a présenté sous forme de vœu à la commission mixte pour l'étude des questions d'assistance des aliénés, tout un projet d'hôpital urbain destiné aux aliénés parisiens — en précisant les principaux détails de son fonctionnement.

A Saint-Etienne, le docteur Roux a fait adopter par le Conseil d'administration des Hôpitaux, un projet de création d'un pavillon annexé à l'hôpital et destiné aux délirants et aux aliénés curables.

M. F. Sano, qui a fortement contribué à l'édification d'un hôpital de traitement pour les aliénés à Anvers, considère que, outre l'utilité que présente pour le traitement précoce des aliénés aigus, un hôpital muni de toutes les ressources cliniques désirables, l'asile urbain satisfait aussi aux besoins du classement rapide des aliénés, destinés ou non à bénéficier de l'assistance familiale.

« Les asiles urbains, dit-il, sont aussi indispensables aux grandes villes que leurs égouts, le pavage de leurs rues et les squares publics. Leur action prophylactique est pour le moins aussi importante que leurs bienfaits curatifs. »

Toutes les imperfections de notre assistance des aliénés, inconvénients nombreux, dont la source se trouve aussi bien dans la mauvaise adaptation de l'asile au rôle d'hôpital de traitement des maladies mentales qu'il devrait remplir que dans la défectuosité d'une loi qui ne voit guère dans l'aliéné que l'individu dangereux, seraient considérablement atténués si le public avait à

sa disposition des hôpitaux urbains d'aliénés auxquels il ne craindrait pas de confier ses malades, tout dans un pareil asile lui rappelant l'hôpital ordinaire, apparence extérieure, fonctionnement, procédés thérapeutiques et guérisons obtenues.

Les cliniques psychiatriques autonomes.

La conviction très répandue en Allemagne que la médecine mentale ne doit pas être ce simple accessoire aux études médicales, sans grande importance, qu'on a coutume de laisser de côté dans nos programmes d'enseignement, a déterminé la fondation de cliniques psychiatriques dans tous les centres universitaires.

Actuellement, dans les vingt universités allemandes, il est donné un enseignement régulier de la psychiatrie.

Déjà, dans la première partie du siècle dernier, certaines universités avaient organisé un enseignement psychiatrique. Mais c'est depuis trente ans seulement que l'on s'est décidé à organiser des cliniques autonomes, complètement indépendantes des asiles provinciaux où elles avaient autrefois leur siège.

Nous retrouvons encore là, à l'origine de cette réforme, l'influence de Griesinger : alors qu'il était professeur à la Charité, de Berlin, il étudia de quelle façon il était possible de concilier l'organisation et le fonctionnement d'un hôpital urbain d'aliénés avec les exigences

de l'enseignement clinique (1). Griesinger émit le premier cette opinion que la clinique psychiatrique doit être placée sur le même pied que les autres cliniques universitaires ; que l'assistance aux leçons cliniques doit y être obligatoire et que l'Etat ne devait pas se contenter de déclarer facultatif le stage psychiatrique des étudiants, sous peine de déconsidérer la médecine mentale, en affectant de la considérer comme une science accessoire et sans grande importance pour le médecin.

Il est un point sur lequel Griesinger insiste longuement, c'est à propos du recrutement des malades en vue de l'enseignement. Les cas aigus doivent y entrer de préférence, car ce sont eux que l'on voit le plus souvent en pratique et il est bon que les étudiants se familiarisent avec ce qu'ils rencontreront le plus fréquemment dans leur vie de praticiens. Il convient, par conséquent, de faciliter l'admission de ces malades soit par l'abaissement du prix de pension, soit en accordant la gratuité aux indigents. Griesinger croit aussi nécessaire qu'un médecin attaché à la clinique, aille sur place examiner le sujet pour lequel une demande d'admission est faite, de manière à se rendre compte de l'urgence de cette admission.

Tous ces desiderata se sont trouvés réalisés par la création, sous l'influence de l'esprit de décentralisation scientifique et de la concurrence que se font entre elles les Universités allemandes, de cliniques psychiatriques autonomes dans un certain nombre de villes universitaires.

(1) GRIESINGER. — *Weiteres über psychiatrischen Kliniken. Griesinger's gesammelt Abhandlungen. Hirschwald.* Berlin. 1872. Cité dans *Centralblatt Nervenheil. und Psychiatrie.* Déc. 1893.

Ces cliniques sont essentiellement des asiles urbains, n'ayant de particulier que leur spécialisation en vue de l'enseignement. Cette destination a même obligé la plupart des universités où l'on a établi ces cliniques autonomes, à leur donner le double emploi de clinique pour les maladies nerveuses et pour les maladies mentales, ces deux sortes d'affections du système nerveux ayant plus d'un point commun et leur séparation ne pouvant être que préjudiciable à l'enseignement. Des pavillons spéciaux y sont d'ailleurs exclusivement réservés aux nerveux, indemnes de tous troubles mentaux et qui restent aussi en dehors de l'atteinte des règlements concernant les malades aliénés. Ces cliniques psychiatriques autonomes sont situées ordinairement, et c'est surtout le cas pour les petites villes universitaires, telles que Heideberg, Giessen, Tubingen, Kiel, Wurzburg, dans les quartiers universitaires, à proximité des autres cliniques, qui peuvent ainsi facilement leur envoyer des malades ou en recevoir.

Elles servent aussi de bureau d'admission pour les aliénés de la région, se réservant une grande partie des malades atteints d'une psychose aiguë, tandis qu'elles envoient à l'asile provincial le plus voisin, les cas chroniques ou même les cas aigus qui ne présentent plus d'intérêt pour l'enseignement.

On s'est basé en général pour la détermination du chiffre de la population de ces cliniques sur les indications de Griesinger qui déclarait que le nombre de lits d'un hôpital urbain ne devait pas dépasser 100 à 120. « Car, disait-il, c'est à peine si un médecin peut suivre exactement et traiter activement d'une manière sérieuse

un chiffre aussi considérable d'aliénés. » La plupart des cliniques autonomes ne possèdent tout au plus en effet que 100 à 140 lits, dont plus de la moitié est réservée aux cas aigus.

Les règlements administratifs particuliers à chacun des Etats allemands, et qui sont en vigueur à défaut d'une loi générale concernant les aliénés, ne sont pas restés muets, comme on peut le reprocher à la loi française de 1838, dans leurs dispositions à l'égard des aliénés aigus.

Le plus souvent, ces règlements permettent l'accès facile de l'établissement d'aliénés. Prenons quelques exemples. Dans le règlement du cercle de Haute-Bavière, il est spécifié que l'entrée à l'asile de Munich est réservée de préférence, si les demandes d'admission sont plus nombreuses que les places vacantes, aux malades récemment atteints et supposés curables ainsi qu'aux aliénés dangereux. Le malade peut réclamer lui-même son placement sans intermédiaire, pourvu qu'il justifie de ressources suffisantes à payer la pension. Le prix de journée dans la classe la moins élevée des asiles allemands est d'ailleurs assez faible, 1 fr. 25 à 1 fr. 40 par jour : Le directeur de l'asile peut, afin d'encourager les placements précoces, avant que le malade ne soit devenu incurable, proposer au Conseil provincial en faveur des sujets sans ressources, admis dès le début de leur affection, une remise d'une partie ou de la totalité des frais de séjour pour une durée de six mois ou d'un an. Presque partout nous retrouvons réglementées de telles dispositions en faveur des aliénés indigents. Le directeur d'une clinique ou d'un asile a toujours à sa disposition un certain nombre de places (*freie stelle*)

qu'il lui est permis d'attribuer aux malades atteints de troubles mentaux aigus.

A la clinique de Tübingen, l'admission est gratuite pour les malades munis d'un certificat d'indigence délivré par les autorités.

A Giessen, le professeur directeur de la clinique dispose du dixième des lits en faveur des indigents curables.

A Strasbourg il en est de même.

De plus, il est spécifié, qu'un malade de la classe la moins élevée peut être placé, si son état social et son éducation l'exigent, dans une classe plus élevée. On ne trouve plus alors, comme cela peut se voir dans nos asiles, des malades conscients de ce qui se passe autour d'eux, blessés du contact de certains malades à côté desquels leur état d'indigence les a fait mettre.

Ces règlements présentent donc des dispositions très humaines et particulièrement judicieuses qu'il serait désirable de voir introduire dans notre législation.

Ils rappellent ce que J. P. Falret avait déjà constaté dans sa visite à l'asile de Illenau : « Nous remarquons, dit-il, dans ses statuts, une préoccupation constante pour hâter l'entrée des aliénés curables dans l'établissement, préoccupation bien légitime sans doute, puisque de la promptitude de l'isolement dépend si souvent le succès du traitement. Le souci des autorités administratives ne doit pas se borner à l'accomplissement rapide des formalités d'admission ; un article spécial des statuts prescrit leur intervention auprès des familles afin de leur faire sentir tous les avantages d'une prompte

separation..... Enfin d'après ces statuts une prime est donnée pour hâter l'entrée des malades, les pauvres dont l'admission s'effectue dans les six premiers mois de l'invasion de la folie sont exempts de toute rétribution pendant les six premiers mois de leur séjour dans l'établissement. »

Un enseignement important tiré de l'histoire des cliniques psychiatriques les plus récentes, c'est que le plus souvent le plan et les devis n'ont pas été l'œuvre personnelle de l'architecte, mais que c'est sur les indications exclusives du professeur de clinique que les constructions se sont élevées. Nous voyons à Giessen (1), le professeur Sommer modifier complètement le plan proposé par l'architecte, et à Wurzburg, le professeur Rieger diriger lui-même l'édification de sa clinique.

Il en résulte que les cliniques psychiatriques sont des types d'hôpitaux modernes, parfaitement adaptés à leur fonction, aucun détail n'ayant été négligé, sans néanmoins qu'aucune dépense inutile ait été faite. On peut se rendre compte que tout y concourt à réaliser cet idéal d'hôpital pour aliénés que réclamait jadis Griesinger. Les pavillons y sont nombreux, mais dissemblables. Leur apparence est gaie, sans monotonie. L'effectif de leur population est réduit. Il peuvent même être chacun divisés en plusieurs sections, destinées à faciliter le classement, suivant le cas, pavillons de surveillance continue et de traitement, sections de convalescents. Les quartiers cellulaires tels qu'ils existent encore dans nos

(1) DANNEMANN. La chirurgie psychiatrique de Giessen.

asiles, ont disparu. Signalons en dernier lieu, l'installation remarquable de laboratoires très divers.

L'organisation du service médical dans les cliniques, répond aux exigences d'un service très actif. Le professeur est secondé par plusieurs assistants, dont chacun a un service spécial sous sa responsabilité propre. Chaque médecin a ainsi tout au plus vingt à vingt-cinq malades à traiter.

D'autre part pour rendre plus continue la surveillance médicale, certains assistants ont leur logement dans les pavillons de surveillance, de telle façon qu'ils soient obligés de traverser les salles où se tiennent les malades pour rentrer dans leur domicile. Leur apparition inopinée prévient ainsi plus d'une négligence du personnel de surveillance, le médecin y gagnant lui-même de mieux connaître ses malades, avec lesquels il prend ainsi contact fréquent, mieux renseigné aussi par lui-même que par les rapports du personnel, aussi instruit et dévoué soit-il.

Aux cliniques autonomes, on a trouvé bon d'adjoindre un service de consultations externes, qui porte le nom de policlinique. Ces policliniques, rendent, d'après Dannemann, des services notables à l'enseignement psychiatrique et à la neurologie, en permettant de suivre à leur sortie de la clinique les malades convalescents et même de dépister une maladie mentale à son début. D'autre part, certains cas d'hypochondrie sans délire bien net, certaines neurasthénies sans troubles psychiques trouvent dans ces consultations externes, des médecins compétents, qui peuvent rapidement instituer un traitement favorable, et le faire suivre au

malade sans qu'il ait besoin de l'internement. Elles exercent en outre une influence favorable sur l'esprit du public, qui perd en les fréquentant toute prévention contre les asiles et renonce à sa croyance à l'incurabilité des maladies mentales.

Ainsi comprises, les cliniques psychiatriques, véritables hôpitaux urbains destinés au traitement d'urgence des cas aigus, ont eu partout d'excellents résultats au double point de vue de l'enseignement psychiatrique et de l'assistance des aliénés.

Ce dernier rôle, à même semblé le principal, à certains auteurs.

Hitzig déclare que la clinique psychiatrique est certainement appelée à remplir dans l'assistance des aliénés, une lacune incontestable, et que sa tâche humanitaire a une importance plus grande que ne la soupçonnent ceux qui n'en font qu'un moyen d'enseignement.

Rieger croit surtout à l'influence de ces cliniques sur le perfectionnement de la thérapeutique des maladies mentales.

« Quels services, dit Wernicke, les villes demandent-elles à un asile clinique? Un établissement semblable doit être une station centrale rapprochée pour tous les malades qui ont besoin d'une assistance urgente. On peut ranger ces cas, sous diverses catégories. En premier lieu, un grand nombre d'aliénés agités et dangereux et surtout de délirants et de névropathes qui rentrent guéris dans leurs familles, après un séjour plus ou moins prolongé à la clinique. »

En définitive, la création des hôpitaux urbains d'aliénés, et des cliniques psychiatriques qui leur sont com-

parables, est venue combler dans l'assistance des aliénés, une lacune importante ou, plutôt, ainsi que le pense M. Sérieux, « elle est venue métamorphoser cette assistance. » Véritables stations de premier secours, destinées au traitement des psychoses aiguës, les hôpitaux urbains par leur accès facile, leur organisation calquée sur celle des hôpitaux ordinaires, contribuent beaucoup à vaincre cette défiance du public pour l'asile d'aliénés, sa répugnance à y placer ses malades, qu'il croyait autrefois voués à une séquestration indéfinie. Tous ces préjugés doivent tomber d'autant plus vite devant les résultats acquis par les asiles urbains, que plus de la moitié des maladies en sortent guéries dans l'espace de quelques semaines.

Les Asiles-Colonies

Bien que la question de la colonisation des aliénés n'ait pas pris naissance en Allemagne, puisque dès 1820 Ferrus avait dans ce but fait installer la ferme Ste-Anne, le progrès pour ainsi dire définitif qu'elle a fait à l'étranger, nous oblige à étudier au moins succinctement la forme pratique qu'elle a revêtue, forme caractérisée par l'union intime d'une colonie libre, à un établissement destiné à recevoir les cas aigus de l'aliénation pour lesquels il ne saurait être question de vie en liberté et de travail. Bien avant 1876, date de la création de l'asile-colonie d'Alt-Scherbitz qui a servi de modèle à une foule d'autres établissements de même genre, la colonisation des aliénés chroniques se pratiquait en Allema-

gne. A Colditz, en Saxe, à Ilten dans le Hanovre, à Hambourg, à Recknitz près de l'asile de femmes de Hubertusburg, des colonies agricoles avaient été annexées à des asiles. Des aliénés, surtout des chroniques, trouvaient dans ces colonies, une liberté qui leur faisait défaut à l'asile. Dans ces colonies annexes comme partout où le principe de la colonisation avait été adopté, certains inconvénients avaient été bientôt relevés, dont le principal était l'impossibilité d'y placer les convalescents et ceux pour lesquels on craignait une rechute. La colonisation devenait de ce fait un système trop restreint, profitable seulement aux chroniques, aux déments ou aux imbéciles. Il fallait nécessairement si l'on voulait étendre à d'autres catégories de malades le bénéfice de la colonisation adjoindre à la colonie un petit hôpital de traitement, une infirmerie pour ceux qui, de temps à autre, auraient besoin d'une surveillance plus sévère. C'est d'ailleurs cette modification qu'on a introduite dans toutes les colonies autonomes d'aliénés, colonies familiales ou non, aux colonies familiales belges de Gheel et de Lierneux et à celle de Dun et d'Ainay-le-Château en France.

Ce sont les deux fondateurs de l'asile-colonie de Alt-Scherbitz, le professeur Kœppe et M. le Dr Paetz, qui ont compris les premiers la nécessité de réunir à la colonie d'aliénés, un petit établissement central, véritable hôpital de traitement pour les cas aigus. Ici c'est la colonie agricole qui s'est annexé un petit asile, au lieu de ce qui se passait autrefois, lorsque les colonies agricoles étaient de simples dépendances des asiles. L'asile-colonie de Alt-Scherbitz présente certaines particularités

- qui en font, comme le dit M. Sérieux, le type de l'établissement d'aliénés moderne. Il en est « la formule définitive ».

Partisans déterminés des idées de Conolly, et du système écossais de l'Open door, introduit en Allemagne par le professeur Ludwig Meyer, forts de cette conviction que l'asile doit par son aspect, s'éloigner autant que possible de ces types de maison de détention, que jusque là on construisait pour les aliénés, et qu'il doit différer très peu par sa construction des habitations ordinaires, les fondateurs de l'asile de Alt-Scherbitz se sont attachés à effacer du plan général toutes les dispositions usitées dans les asiles où le système de la porte ouverte n'est pas appliqué, toutes les mesures destinées à limiter la liberté des malades et à prévenir les évasions. On sait quelle impression pénible les vieux asiles-prisons font sur les malades conscients.

Murs, sauts de loup, grilles, qui semblent dressés dans le but de rassurer le voisinage contre l'évasion de l'aliéné bête féroce, tous ont été supprimés. L'expérience les condamnait du reste. Ils n'empêchent pas les évasions, mais en revanche, ils rendent trop confiant le personnel, qui relâche sa surveillance et abandonne les malades.

Au lieu de murailles, de simples haies vives, des treillis métalliques qui sont là plutôt pour limiter chaque pavillon, que pour retenir les malades. M. Paetz croit qu'une surveillance sans relâche vaut mieux que tout ce qu'on peut inventer pour restreindre la liberté des malades. L'expérience ne lui donne pas tort. L'asile d'Alt-Scherbitz ne compte pas annuellement plus

d'évasions qu'un asile fermé. Quant aux pavillons, les exigences d'un classement judicieux demandaient qu'on les multipliât. Ce n'était là d'ailleurs qu'une application d'une idée de Parchappe. « C'est, dit-il à une conception de plus en plus éclairée du but à atteindre par le classement des malades, et des moyens de réaliser ce but par l'appropriation des quartiers spéciaux qu'on peut légitimement rapporter les principaux progrès obtenus ou à obtenir dans l'art de construire les asiles d'aliénés. »

Alt-Scherbitz compte 24 pavillons, destinés à 900 malades environ. Dans tous les asiles-colonies construits sur son modèle, chaque pavillon n'abrite guère que 25 à 40 malades.

Chaque pavillon est divisé en deux sections distinctes, où dortoirs, salle de réunion, ont été eux-mêmes multipliés.

Aucune de ces villas ne rappelle par sa construction, sa voisine.

La symétrie, chère aux architectes français, en a été totalement bannie. Rappelons à ce point de vue que Foville reconnaissait déjà l'inutilité de l'aspect symétrique des quartiers d'aliénés.

« Tout, dit-il, ce qui pourra ôter à l'ensemble un cachet de trop grande uniformité, pour se rapprocher des conditions des habitations ordinaires et de la variété avec laquelle elles se groupent dans un village, par exemple, nous paraît devoir être recherché plutôt qu'évité ».

A l'asile d'Alt-Scherbitz, les deux tiers des malades environ habitent la colonie et jouissent d'un régime de

liberté aussi complet que possible. Le reste des malades, constitué en grande partie par des psychoses aiguës, occupe l'établissement central, où il est soumis à une surveillance continue et à un traitement approprié pour chaque cas.

Nous verrons plus en détail dans le chapitre suivant, ce qu'on appelle le pavillon de surveillance continue, élément essentiel de l'établissement central.

Il nous reste encore à signaler l'union intime qui existe entre les deux parties de l'asile-colonie, colonie proprement dite et établissement central servant au traitement. Rapprochés l'un de l'autre, ils restent en communication constante, se rendant de mutuels services, échangeant leurs pensionnaires suivant les indications, l'un assurant aux malades la liberté et des occupations favorables, l'autre permettant un traitement scientifique de ceux dont le trouble mental est en pleine effervescence.

Cette sorte de symbiose d'un hôpital de traitement avec une colonie agricole, répond à ce que disait Foville « asile ferme et colonie, voilà les deux éléments qui doivent marcher parallèlement se donnant la main, se partageant la population aliénée, qui, dans ces dispositions doit trouver les conditions de vie les plus favorables ».

Nous n'avons pas à nous occuper ici des avantages que la colonisation en liberté apporte à l'assistance des aliénés, ni des bienfaits de l'open door. Seul dans l'asile-colonie, la station centrale de traitement, doit nous intéresser, car elle est réservée aux aliénés aigus.

Dans l'établissement central, nous retrouvons, en défi-

nitive, comme dans les hôpitaux urbains et les cliniques universitaires, l'hôpital d'aliénés avec son organisation scientifique.

Le quartier de surveillance continue

Le quartier, pavillon ou section de surveillance continue et de traitement, organe principal de tous les hôpitaux d'aliénés, qu'on ait en vue l'hôpital urbain, la clinique universitaire ou l'établissement central des asiles-colonies, peut être considéré comme la conséquence logique des efforts accomplis en vue d'un traitement et d'une assistance appropriés aux aliénés aigus.

Il est issu de cette idée que les psychoses aiguës, qui méritent entre toutes le nom de maladies du cerveau, réclament un traitement actif, traitement inutile aux affections mentales chroniques différant foncièrement des premières par leur évolution et leur pronostic.

La création du quartier de surveillance continue, reconnaît aussi une autre cause, la révolution qui a transformé la thérapeutique de l'aliénation, lorsqu'il est devenu indispensable d'aménager des locaux spéciaux, en vue de l'application systématique du repos au lit, comme méthode de traitement.

Dès 1853, Parchappe, convaincu par les résultats qu'il avait constatés pendant son voyage en Angleterre, de l'excellence d'un classement des aliénés, basé, non plus comme cela se faisait chez nous, sur l'état d'agitation ou de calme, mais sur le degré d'acuité du trouble mental et ses présomptions de curabilité, insistait sur l'utilité d'un quartier, auquel il donnait le nom de quartier de

surveillance continue, où tout était disposé d'une manière appropriée aux malades qui devaient y séjourner et aux fins d'une surveillance particulièrement active.

L'importance d'une répartition judicieuse des malades, ne lui avait pas échappé. « Aussi, dit-il, est-ce par le perfectionnement successif du classement des aliénés et l'appropriation de quartiers de classement, que s'exprime et se mesure le progrès accompli depuis les premières tentatives d'amélioration des asiles d'aliénés à la fin du dernier siècle jusqu'aux créations les plus récentes de l'art moderne ». En Allemagne, cette indication de Parchappe fut d'autant mieux accueillie, que la méthode nouvelle de traitement par le repos au lit demandait l'appropriation de quartiers spéciaux.

C'est pourquoi la question de l'organisation des quartiers de surveillance continue est restée presque exclusivement allemande, ne s'étendant qu'aux pays de langue allemande et à la Russie dont le mouvement scientifique est si fortement lié à celui de l'Allemagne.

En 1863, Griesinger traça le plan d'un pavillon de surveillance. Il devait comprendre deux grandes salles, l'infirmerie et la salle de surveillance continue, des chambres d'isolement, une cellule capitonnée et une salle de bains. Griesinger déclarait nécessaire que chaque malade nouveau y fût un séjour.

Sholtz, à l'asile de Brême en 1876, Ludwig Meyer à l'Asile de Marbourg en 1877, organisèrent à leur tour des sections de surveillance continue où l'alitement était mis en pratique.

En 1885, au Congrès des aliénistes allemands de Baden-Baden, von Gudden étudiait les grandes lignes

de la construction et le détail de l'aménagement d'un quartier de surveillance.

Au Congrès de Wiesbaden en 1887, le docteur Paetz expliqua comment il était arrivé à la création du pavillon de surveillance continue, qu'il avait installé dès 1883 en vue du traitement par le repos au lit, à l'asile de Altscherbitz.

Plus récemment, Kroepelin est venu affirmer l'utilité des pavillons de surveillance continue, qu'il considère comme indispensables à tout hôpital de traitement. Depuis, avec Sioli son co-rapporteur au Congrès des aliénistes de l'Allemagne du Sud, à Carlsruhe, le professeur de Heidelberg a établi définitivement ce que devait être l'aménagement et le fonctionnement du pavillon de surveillance.

Avant de nous occuper de l'organisation matérielle de ce dernier, nous croyons utile, puisque en somme cet élément nouveau de l'asile est aménagé spécialement en vue du séjour de certains malades, d'énumérer ceux qui sont le plus susceptibles d'en tirer un bénéfice au point de vue de leur état mental.

L'expérience des aliénistes allemands nous montre qu'on l'a réservé à peu près exclusivement aux malades atteints de psychoses aiguës, ainsi toutefois qu'aux maladies mentales chroniques au moment de leurs périodes d'activité. Nous verrons aussi ce que cette expérience a indiqué au sujet du nombre de places à y prévoir par rapport à la totalité des malades internés.

L'appropriation de ce pavillon de surveillance, en vue du traitement des états aigus de l'aliénation mentale

seulement, se justifie, si l'on se rend compte de l'attention de chaque instant qu'exigent un trouble délirant en pleine activité ou ces états d'excitation ou de dépression, qu'une thérapeutique, même purement symptomatique peut améliorer dans une large mesure ou tout au moins mettre à l'abri de complications fâcheuses, conséquences de leur intensité même. Or, cette surveillance, ces moyens thérapeutiques, que réclame l'état anormal de ces malades, la raison économique veut qu'on les applique seulement dans un quartier de l'asile spécialement aménagé, où l'on puisse mettre en œuvre tous les procédés de traitement physiques ou chimiques, hydrothérapie, électrisation, autrement dit il serait dispendieux de doter chaque quartier.

Quels sont donc les malades à placer en observation dans la section de surveillance ?

Ce sont tout d'abord :

1° Les entrants dont le trouble mental est si fréquemment, pour ne pas dire toujours, compliqué d'un état somatique défectueux, d'une poussée fébrile ou d'un état saburral des voies digestives, qui les rendent doublement intéressants ;

2° Les malades ayant des idées de suicide. On sait l'infinie variété des procédés utilisés par ces malades pour mettre fin à leur existence et qu'une négligence, un relâche même très courte de la surveillance sont coupables à leur égard ;

3° Les malades demi-agités, bruyants, gémissants, qui ne pourraient être relégués sans inconvénient dans un quartier cellulaire et qui sont pourtant une gêne pour les autres malades ;

4° Les cas de folies toxiques, surtout les intoxiqués par l'alcool et la morphine, dont l'habileté à se procurer des substances toxiques même à l'asile, tromperait aisément la demie-surveillance des quartiers plus libres ;

5° Les folies névropathiques (hystérie ou épilepsie) lorsque les accès sont fréquents ;

6° Les cas de folie intermittente, au cours d'un accès ; les cas chroniques à délire transitoire peuvent être très avantageusement placés dans le pavillon de surveillance. Dans l'intervalle de leurs accès, ces malades doivent être renvoyés du pavillon qu'ils encombreraient sans aucun profit et jouir d'une vie plus libre, ce que le fonctionnement des asiles-colonies rend très facile ;

7° Nous pourrions enfin ajouter à cette longue série, tous les malades qui se trouvent bien du repos au lit, le quartier de surveillance étant seul organisé convenablement pour l'application de ce procédé de traitement.

Certains auteurs affirment pourtant qu'on ne doit pas confondre la question de l'alitement avec celle des quartiers de surveillance, comme l'ont fait Paetz et Sholtz, par exemple. « Si l'alitement, dit Cl. Neisser, est organisé seulement dans les quartiers de surveillance. et si l'on n'alite, en général, que ceux qui ont besoin de surveillance continue, les limites de l'alitement deviennent trop étroites » (1).

A Heidelberg, Krœpelin confie au pavillon de surveillance de la clinique, tous les cas de folie récente, les

(1) CL. NEISSER. *Traitement des psychoses par l'alitement*, rapport au Congrès de psychiatrie, Paris, 1900, p. 12.

malades qui refusent les aliments, ceux qui ont des idées de suicide, les agités, les paralysés, les gâteux, enfin les malades qui sont atteints d'affections physiques.

A l'asile d'Alt-Scherbitz, Paetz croit justifié le séjour au pavillon de traitement des mêmes catégories de malades, à l'exception toutefois des sujets bruyants, qui nuiraient au repos des autres malades, qu'il est précisément nécessaire d'obtenir. Aussi les relègue-t-il dans une section spéciale où la surveillance est d'ailleurs tout aussi active.

Mais il était important de fixer des chiffres précis ou plutôt de se baser sur des proportions déterminées d'avance pour juger du quantum de places nécessaires à prévoir dans la construction d'un quartier de surveillance par rapport à la population totale de l'asile.

Quelques auteurs ont donné à ce point de vue les résultats de leur expérience.

Griesinger déjà, dans son plan d'un hôpital urbain, donnait la proportion de 25 % de la totalité des malades admis, comme nombre minimum de ceux qu'il convenait de placer sous une surveillance constante.

Gudden indiquait un chiffre de 10 %, tandis que le docteur Paetz montrait qu'à l'asile d'Alt-Scherbitz, les malades en surveillance continue atteignaient la proportion de 15 % sur la totalité.

Krœpelin, à la clinique de Heidelberg, place en surveillance continue plus de 33 % de ses malades.

Comment expliquer de si notables différences ? A quoi attribuer les écarts des appréciations de Gudden, d'une

part et de Krœpelin de l'autre. On se rend compte que chaque auteur a parfaitement raison dans son estimation personnelle, si on se rappelle les conclusions de Sioli, que nous avons énoncées plus haut. Il faut, d'après lui, prévoir pour les hôpitaux urbains et les cliniques universitaires qui leur sont assimilables, trois fois plus de cas aigus que pour les asiles provinciaux où les formes chroniques sont en très grande majorité.

Mais l'expérience rendit bientôt évidente l'insuffisance d'un unique quartier de surveillance dans chacune des divisions d'un asile et on fut dans l'obligation de les multiplier. Il était impossible et d'ailleurs cruel de laisser des malades, agités, bruyants, ou insociables en compagnie de malades tranquilles, privés ainsi de tout repos.

Les asiles qui se sont transformés par la création des pavillons de surveillance continue, ont dû leur adjoindre d'autres pavillons spéciaux aux agités et aux violents. Krœpelin, bien qu'il insiste sur l'avantage qu'il y a à laisser certains agités, par exemple, les maniaques, au contact de certains sujets tranquilles, plus particulièrement les mélancoliques avec stupeur absorbés par leur rêve intérieur et indifférents à ce qui se passe autour d'eux, mesure qui créerait une atmosphère suggestive favorable et propre à ramener le calme chez les premiers, déclare formellement que le voisinage des agités est funeste à certains malades anxieux ou confus trop attentifs aux choses extérieures et qu'à ce point de vue il est bon de placer à part les agités.

L'organisation et l'aménagement des locaux des pavillons de surveillance sont du plus haut intérêt. Le modèle adopté par le docteur Paetz à Alt-Scherbitz,

nous semble le plus propice à donner une idée de ce qu'est une telle construction hospitalière. Nous avons dit que Paetz, dans chacune des deux divisions des malades hommes et des malades femmes, a été amené à créer plusieurs stations de surveillance continue, l'une pour les malades tranquilles, l'autre pour les agités.

L'aspect du pavillon de surveillance pour malades tranquilles est tout à fait celui d'une villa. Il est entouré d'un jardin, clos par une barrière peu élevée. Les locaux destinés aux malades sont tous situés au rez-de-chaussée de la villa. Toutes les chambres de ce rez-de-chaussée sont disposées autour d'une salle centrale commune, de telle sorte que la surveillance s'effectue facilement sur tous ces locaux. Cette salle centrale sert de chambre de réunion pour les malades non soumis au repos au lit. Sur chacun de ces côtés, s'ouvrent deux autres chambres de réunion plus petites dont les portes restent constamment ouvertes.

La salle centrale est en rapport direct avec deux dortoirs contigus l'un à l'autre, dont l'un sert de salle d'alitement.

Deux chambres d'isolement s'ouvrent aussi sur la salle centrale, ainsi qu'un vestibule conduisant à un office, à des water-closets et à une salle de bains.

Au premier étage, on ne trouve que le logement du surveillant-chef et un vestiaire.

A Alt-Scherbit, le pavillon de surveillance pour malades tranquilles n'abrite que vingt-six malades et quatre infirmiers.

Le premier pavillon fermé de surveillance est réservé aux malades agités et bruyants, dont le séjour avec les

tranquilles n'est pas possible. Il est constitué par deux sections séparées, n'ayant en commun qu'une salle de bains et des lavabos. La première section comprend elle-même deux salles de réunion, où les malades se tiennent de jour, tandis que la deuxième section n'en possède qu'une avec cinq chambres d'isolement dont trois s'ouvrent sur un vestibule central et deux sur la salle de réunion.

A l'encontre du pavillon réservé aux malades tranquilles, ce pavillon pour agités possède à son premier étage trois dortoirs de malades.

Le deuxième pavillon fermé de surveillance est composé d'une aile principale, comprenant cinq chambres d'isolement s'ouvrant sur un vestibule latéral et d'une autre aile divisée en trois salles de réunion, encadrant par leur disposition une salle de bains et des lavabos.

Cette description rapide nous montre qu'on a systématiquement abandonné la disposition des bâtiments avec corridor central, séparant deux rangées de chambres, disposition existant dans la plupart de nos asiles, et défectueuse à plus d'un point de vue. Cette disposition nouvelle facilite beaucoup la surveillance. Un seul gardien peut aisément de la salle centrale de réunion ou il doit se tenir, se rendre compte de tout ce qui se passe, les portes restant ouvertes, soit dans les deux autres chambres de réunion, soit dans celles d'isolement.

Korsakoff s'est rallié à ce mode d'aménagement du quartier de surveillance. Il le trouve très avantageux et reconnaît qu'une surveillance très attentive y est

possible tout en ne nécessitant pas un personnel sensiblement plus nombreux (1).

A côté de ce type d'organisation, qui est celui de l'asile d'Alt-Scherbitz, il en existe d'autres, simples variantes d'ailleurs du type précédent.

Le type proposé par Gudden, diffère notamment de celui que nous venons d'étudier, en ce qu'il ne comporte pas de salles de réunion, Tous les malades soumis à la surveillance continue, traités par le repos au lit total ou qui ont l'autorisation de se lever, momentanément, sont réunis dans des salles communes.

Le type lazareth, comprend deux salles de réunion séparées par des chambres d'isolement, une salle de bains ou encore une chambre de réunion avec un vestibule.

A l'asile d'Alt-Scherbitz, on a aménagé, outre des pavillons de surveillance pour tranquilles et agités, un pavillon de transition où l'on place les malades qui n'ont plus besoin d'une surveillance continue, mais auxquels il serait dangereux néanmoins d'accorder un régime de liberté absolue. Ces malades, épileptiques à attaques assez fréquentes, séniles, ou délirants avec prédominance d'idées érotiques sont maintenus là jusqu'à ce que leur état mental ne présente plus d'obstacles à leur passage à la colonie.

Quel qu'il soit, le pavillon de surveillance continue est un organisme complet. Il est tout un asile en miniature. Il peut se suffire à lui-même. Nous avons vu

(1) *Traité des psychoses par l'alitement*. Congrès de Psychiatrie, Paris 1900, p. 325.

qu'il possède des chambres d'isolement sur lesquelles nous reviendrons. D'une statistique partant sur cinquante asiles allemands, Kreuzer conclut que le nombre moyen des chambres d'isolement réparties dans les divers pavillons est de 10 % par rapport à la population de l'asile.

A Alt-Scherbitz, cette proportion est beaucoup plus faible. Elle y est tout au plus de 2 1/2 à 3 %. Nous verrons plus loin comment elles sont utilisées. L'hydrothérapie étant une des ressources les plus actives de la thérapeutique psychiatrique, il fallait munir chaque pavillon de surveillance d'appareils d'hydrothérapie et de salles de bains. Il ne pouvait être question de se servir pour des malades dont beaucoup doivent garder le repos au lit, d'un établissement central de bains qui fût situé en dehors du pavillon.

Parchappe avait déjà condamné l'établissement central de bains qui existe dans nos asiles et en avait montré les dangers. « Ce que je sais avec une parfaite certitude, dit-il, c'est que cette centralisation a de très graves inconvénients, au point de vue du traitement et du bien-être des malades qui représentent dans la question l'intérêt prédominant. » D'autre part, la méthode nouvelle, des bains très prolongés, qui exigent une surveillance sans trêve et une attention scrupuleuse, contraindrait l'éloignement du malade au dehors de la section de surveillance.

Certains aliénistes conseillent l'usage de baignoires mobiles, facilement transportables dans la salle d'alitement, jusqu'au lit même du malade. Telle est la pratique du professeur Sommer à la clinique de Giessen.

Les partisans du traitement par le repos au lit, ont en général apporté toute leur attention et toute leur ingéniosité à ce qui concerne la literie. On a adopté un lit spécial, dont les deux extrémités sont garnies de tablettes en bois, destinées à empêcher la déperdition de la chaleur. Le sommier a son tiers supérieur mobile et pouvant être relevé, de façon à permettre au malade la position demi-assise.

Les lits destinés aux malades sujets à des attaques convulsives fréquentes et violentes, ont des barrières capitonnées.

On se sert pour les agités très affaiblis, dans le but de rendre difficile leur sortie du lit, sans avoir besoin de les attacher, d'un lit cuve très profond, dont le sommier repose directement sur le sol et dont les panneaux latéraux matelassés, sont élevés d'un mètre environ au-dessus du sol.

Des chaises longues en assez grand nombre ont été placées dans les salles d'alitement, dans le but de ne pas interrompre le décubitus dorsal de certains malades, à l'heure où quotidiennement les lits doivent être refaits et la literie aérée.

Cet outillage du pavillon de surveillance, l'alitement auquel sont soumis la majeure partie des malades, contribuent à créer cette atmosphère d'hôpital qui les influence très favorablement et les rend infiniment plus dociles.

L'organisation de la surveillance est aussi un des points les plus importants de son fonctionnement.

Le nombre des agents de la surveillance est en rapport avec le service très actif qu'on leur demande. A

l'asile d'Alt-Scherbitz, il y a dans les pavillons de surveillance quatre infirmiers pour vingt-six malades. A l'asile de Untergœltz, un infirmier pour trois ou quatre malades. Aux asiles de Nietleben, de Zschadrass, la proportion est à peu près identique.

Mais c'est dans certaines cliniques psychiatriques que le personnel du pavillon de surveillance est le plus nombreux. A la clinique de Giessen, il y a un infirmier pour 3, 5 malades. A la clinique de Marbourg, les infirmiers du pavillon de traitement sont dans la proportion de un pour deux malades.

La division du travail y est particulièrement bien comprise. A Alt-Scherbitz, la journée est divisée en quatre périodes de telle sorte que chaque infirmier n'est de garde dans la salle de surveillance que pendant quatre heures. Les trois autres gardiens sont occupés soit dans les autres chambres de réunion, soit aux travaux du ménage, soit aux courses extérieures et à la promenade des malades. Il y a ainsi alternance régulière.

Le service de veille y est assuré par les infirmiers de tout l'asile à tour de rôle. Deux infirmiers veillent chacun une demi-nuit.

Paetz estime que le personnel du pavillon de surveillance doit changer le moins possible, afin que les mêmes infirmiers soient parfaitement familiarisés avec ce qu'il ont à faire. A la clinique de Giessen, au contraire, on a établi un roulement entre des groupes de cinq infirmiers, de telle sorte que chaque groupe change tous les cinq jours et que chaque infirmier pendant ce laps de temps n'est pas deux jours de suite à la même besogne.

A la clinique de Wurzburg, pour qu'il n'y ait aucun motif d'interruption dans la surveillance et qu'à l'heure des repas aucun infirmier n'abandonnât sa besogne pour aller chercher les aliments, ceux-ci sont directement amenés par un monte-charge dans le pavillon de surveillance.

L'organisation du service médical ne laisse rien non plus à désirer. Le nombre élevé des médecins qui résident à l'asile le permet d'ailleurs aisément.

Sans ouvrir une parenthèse, nous tenons à constater que nos asiles sont à ce point de vue beaucoup moins privilégiés que ceux de l'étranger. Il est peu d'asiles allemands où il y ait moins d'un docteur en médecine pour 100 ou 125 malades. A l'asile d'Alt-Scherbitz, pour un effectif réel de 840 malades, il y a sept médecins.

Les médecins assistants ont en général leur logement dans le pavillon de surveillance, de sorte que leur passage au milieu des chambres de malades devient un stimulant actif de la surveillance.

A la clinique de Giessen, où il n'y a pas plus de 80 à 100 malades, un service de garde est établi entre les quatre médecins assistants. Deux ont leur logement dans le pavillon de traitement. Des médecins stagiaires concourent aussi à ce service.

A Wurzburg, six médecins sont chargés du traitement de 60 malades de toutes catégories — dont la moitié environ sont atteints d'une psychose aiguë et occupent la section de surveillance. Le service de garde est organisé entre les médecins assistants et des stagiaires, de telle sorte qu'il y ait toujours un médecin nuit et jour dans le pavillon de surveillance.

Les observations des malades sont prises par les médecins, dans une chambre d'examen proche des salles d'alitement et munie de toute l'instrumentation nécessaire à un examen clinique complet.

Ainsi compris, le pavillon de surveillance continue constitue cet instrument de guérison, dont toutes les parties sont solidaires, organisation matérielle et méthodes de traitement.

Il n'est pas étonnant, dès lors, que par cette manière de faire vraiment médicale, on ait obtenu de meilleurs résultats qu'ailleurs dans l'entreprise de la cure des états aigus de l'aliénation mentale.

La méthode du repos au lit

La clinothérapie ou bettbehandlung des auteurs allemands n'est pas une méthode nouvelle. En Allemagne, elle est déjà vieille de plus de quarante ans, mais elle n'a pas encore trouvé chez nous, sauf peut-être dans certains asiles du département de la Seine, un terrain favorable à son application.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici la revue générale d'une question à laquelle nous ne saurions rien ajouter de nouveau et qui possède déjà une bibliographie considérable. Des ouvrages récents l'ont du reste mise au point en France. Bien que le traitement de l'aliénation mentale par le repos au lit soit essentiellement une méthode allemande, puisque c'est dans les pays germaniques, que les détails en ont été précisés et qu'elle a suscité le plus

de recherches, il est bon de rappeler que certains auteurs anciens, Guislain, en Belgique vers 1852 et J. F. Falret en France en 1864, l'avaient introduite dans la thérapeutique des maladies mentales, le premier comme traitement de la mélancolie, le second la préconisant dans la cure des états maniaques. Ces deux essais qui limitaient le méthode à certaines catégories de malades, ne prétendaient aucunement à ériger le repos au lit en un système général, comme l'ont fait depuis les auteurs allemands.

C'est Ludwig-Meyer, de Goettingen qui, en 1860, a ajouté ce chapitre nouveau à la thérapeutique. Mais la méthode ne s'est répandue en Allemagne, avec l'extension qu'elle y a maintenant, que depuis le rapport de Clémens Neisser, de Leubus, au Congrès de Berlin en 1890. Elle s'y est même généralisée à tel point que ce dernier auteur a pu récemment affirmer que les asiles qui ne l'avaient point encore appliquée constituaient l'infime minorité. C'est à Neisser d'ailleurs que l'on doit le néologisme « Bettbehandlung ».

En France, l'alitement était à peu près inconnu avant les missions, dans les pays de langue allemande, du docteur Sérieux, qui a tracé l'histoire et les traits principaux de cette méthode dans plusieurs revues.

Pour rester dans le cadre de notre ouvrage, nous nous contenterons d'insister sur la technique de l'alitement thérapeutique et sur les modifications qu'il apporte dans l'organisation de l'asile. C'est ce qui présente à notre point de vue le plus d'intérêt. Nous comprendrons mieux ensuite l'immensité de l'effort accompli à l'étranger pour faire de l'asile un milieu favorable à l'applica-

tion de cette nouveauté thérapeutique et la vraie raison d'être de la transformation et des modifications apportées dans le plan général de l'asile pour faire de celui-ci un véritable hôpital d'aliénés.

Toutefois nous passerons rapidement en revue certains points importants de la question, les indications générales du repos au lit et ses indications particulières. C'est la connaissance des modifications physio-pathologiques subies par l'organisme des malades atteints de psychoses aiguës, qui a conduit les aliénistes à reconnaître à la mise au repos de ces malades par l'alitement les mêmes indications que dans les affections somatiques d'une certaine gravité.

Le plus souvent, en effet, un état fébrile ou subfébrile vient se surajouter aux symptômes d'épuisement, qui apparaissent si rapidement dans le cours des psychoses aiguës, épuisement qui peut être à lui seul la cause du trouble mental. Certaines folies, consécutives à un état infectieux plus ou moins bien défini, à la puerpéralité par exemple, sont là pour nous montrer toute l'analogie frappante qui existe entre certaines maladies cérébrales et certaines affections somatiques et nous convaincre que la mise au lit du malade est sûrement dans ces cas une excellente mesure thérapeutique.

L'amaigrissement, l'anémie, les troubles circulatoires survenant chez des aliénés simultanément ou séparément avec le refus d'aliment, l'agitation et l'insomnie, ne sont-ils pas aussi les meilleurs avocats d'une méthode thérapeutique qui vient donner le repos à tout l'organisme épuisé ?

Si on recherchait ces troubles généraux systématique-

ment ne les retrouverait-on pas fréquemment chez une foule de malades ? Tous ces symptômes ne chargent-ils pas le tableau clinique des états mélancoliques ou maniaques, des psychoses post-infectieuses ou toxiques ?

L'alitement de tels malades ne peut donc être considéré ainsi que le voudrait le professeur Tschitsch, comme une simple mesure d'assistance. Il n'y a pas là non plus qu'une méthode d'hygiène générale ou de discipline, applicable, d'après certains auteurs, à tous les malades d'un asile. Le repos au lit est un procédé thérapeutique véritable dont l'application d'urgence aux états aigus de l'aliénation est aussi justifiée, qu'elle peut l'être à une pyrexie quelconque, cas pour lequel on ne le discute même pas.

L'épuisement du cerveau et du corps, leur surmenage dans les états d'agitation, mélancoliques ou maniaques, telles sont les indications primitives auxquelles on a voulu restreindre tout d'abord le traitement par le lit. La méthode s'est aujourd'hui étendue à bien d'autres cas, dans lesquels elle semble donner de meilleurs résultats que les anciennes méthodes, celle du travail par exemple.

Neisser entre autres considère l'alitement comme une méthode applicable même aux cas chroniques, à titre d'hygiène générale et de discipline. Cet auteur qui dirige l'asile de Leubus, applique le repos au lit chez la plus grande partie de ses malades, avec succès, paraît-il. Mais il n'a pu encore décider les autres aliénistes à une généralisation aussi étendue de la méthode.

Le repos psychique et physique, tel est le bénéfice

principal de cette méthode dans le traitement des psychoses aiguës.

Ludwig Meyer pensait surtout par l'alitement procurer le repos physique aux malades qui en ont besoin, et que c'était là le but principal vers lequel on devait tendre. Pour lui, le calme psychique était la conséquence de l'amélioration apportée à l'état général et l'atténuation du trouble mental se faisait parallèlement à celle du malaise physique.

La nécessité du repos psychique est non moins évidente. La solidarité étroite qui unit le fonctionnement cérébral à celui de l'organisme entier est une vérité qui n'a plus besoin d'être démontrée. L'expérience a prouvé depuis longtemps que la fatigue de l'un avait un retentissement certain sur l'état de l'autre. C'est devenu un axiome en physiologie que la fatigue du corps ne saurait rendre la fraîcheur au cerveau et cliniquement nous voyons les états de fatigue et de dépression s'additionner les uns aux autres pour créer un état plus grave. L'observation est courante du neurasthénique, qu'une fatigue physique imposée dans le dessein de détourner le cours de son état mental, vient plonger dans une dépression plus profonde encore. Ce sont des observations cliniques semblables qui ont amené Weir Mitchell de proposer un repos au lit draconien comme traitement de la neurasthénie.

L'organisme surmené par un état d'agitation sans trêve, entraînant avec lui l'insomnie, trouve dans le repos au lit, son remède naturel et presque spécifique. « L'alitement, dit M. Trénel, s'adresse au syndrome

agitation, que ce soit l'agitation du maniaque, de l'anxieux ou de l'halluciné (1) ».

Les états de dépression ou de confusion, affections mentales essentielles ou apparaissant à titre de syndrome, ne sont pas moins que ceux d'agitation redevables du repos au lit.

Ce qui prédomine au fond de tous ces états c'est très probablement un trouble considérable apporté à la nutrition de l'écorce cérébrale. Ceci semble ne laisser aucun doute dans les cas surtout où une intoxication est à la base du trouble mental, dans le délire éthylique et la confusion mentale primitive par exemple, ou bien encore dans les états où l'auto-intoxication est moins démontrée, mais néanmoins d'une évidence clinique, comme on le voit dans la manie suraiguë survenant au cours d'un état maniaque simple, complication qu'on ne peut attribuer qu'à une intoxication d'origine endogène.

M. Sérieux a résumé dans les lignes suivantes qui sont maintenant classiques les indications du repos psychique. « Que le cerveau soit surmené par le fonctionnement exagéré des zones motrices (états maniaques), sensitive (mélancolie), sensorielles (états hallucinatoires) ou que son activité soit suspendue sous l'influence d'un toxique (confusion) ; dans tous ces cas il est urgent de laisser reposer l'organe intoxiqué et surmené, afin de permettre le retour à l'état normal des mutations nutritives du neurone ».

Sans entrer dans l'étude des effets du repos au

(1) TRENEL, *Traitement de l'agitation et de l'insomnie*. Congrès de Médecine mentale de Bruxelles, 1903, p. 113.

lit sur la circulation, on peut affirmer avec la plupart des auteurs qui se sont occupés des modifications physiologiques causées par l'alitement, que ce dernier régularise certainement la circulation cérébrale.

Chez les mélancoliques entre autres, où le cœur est sans énergie, où les vaisseaux, ceux des extrémités surtout, se laissent distendre par le sang sous l'influence de la pesanteur, à preuve les congestions périphériques qu'on voit chez ces malades, où en un mot il existe un état marqué d'inertie cardio-vasculaire, le décubitus dorsal vient faciliter dans une large mesure la circulation à la périphérie et amener une amplitude plus grande des pulsations cérébrales.

D'autre part, si le délire du mélancolique est intimement lié, comme le veulent W. James et Lange, à l'obsession de la conscience par un trouble coenesthésique originel, le repos au lit, en améliorant le fonctionnement somatique, doit agir activement dès le début de son application sur l'état de dépression primordial.

Dans les états d'agitation, la circulation cérébrale n'est pas moins défectueuse.

A l'état normal, tous nos mouvements ont leur retentissement sur la circulation du cerveau. « Il n'est donc pas absurde, dit M. Ternel, d'admettre que les mouvements immodérés des agités, amènent d'une façon constamment répétée des oscillations irrégulières dans le pouls cérébral et que, le désordre de l'irrigation du cerveau peut n'être pas sans action fâcheuse sur la nutrition des éléments nerveux ».

(1) TRENEL, rapport, p. III.

Le repos au lit agira donc ici d'une façon analogue et d'autant mieux qu'il réduit au minimum toutes les excitations périphériques et diminue cette excitabilité réflexe dans laquelle Féré voit tout le secret de l'agitation du maniaque.

Le traitement par le lit a donc dans les états aigus de la folie, des indications multiples. A lui seul, le plus souvent il suffit à ramener le calme physique et mental du sujet. Le motif principal de son application, celui que tous les aliénistes reconnaissent comme l'indication la plus nette de la méthode, c'est l'état d'agitation psychomotrice. Encore aurait-il une influence plus évidente, d'après Neisser, dans les cas d'agitation motrice primitive, où l'impulsion au mouvement est prédominante, alors qu'il serait moins souverain, lorsque l'excitation est plus localisée, sous forme de logorrhée par exemple.

Ce rapide exposé des indications physio-pathologiques du repos au lit nous semble suffire à en donner une idée satisfaisante. Il y a actuellement accord unanime au sujet des affections mentales qui s'en trouvent le mieux et que nous citerons simplement.

Sont redevables du traitement par le repos au lit, les délires fébriles ou infectieux, le délire de collapsus des auteurs allemands, le délire aigu maniaque primitif ou secondaire, la confusion mentale primitive, les états maniaques et mélancoliques. La mélancolie anxieuse où l'on constate une tendance fréquente du malade à s'échapper du lit, oblige souvent, sans en être pourtant une contrindication, à renoncer à la méthode. Dans la neurasthénie, combiné à la suralimentation et à l'électrisation, le repos au lit forme la base de ce qu'on a appelé le traitement de Weir-Mitchell.

Les névroses convulsives, l'hystérie, l'épilepsie, tirent avantage, si les accès sont fréquents et suivis d'un état d'obnubilation intellectuelle, du repos au lit. Le délire épileptique que Neisser a vu s'améliorer rapidement sous l'influence du traitement par le lit, n'a pas été influencé sensiblement dans ses manifestations et sa durée dans des essais dont M. Marandon de Montyel a donné des observations (1).

Les psychoses périodiques, comme les états maniaques et mélancoliques qui en forment le fond même, sont redevables de l'alitement, surtout au moment de l'exacerbation du trouble mental.

Les psychoses juvéniles, hébéphrénie ou catatonie, formes cliniques de la démence précoce, qui peuvent donner le change à leur début avec une affection mentale aiguë, ne doivent être que peu de temps soumises à l'alitement. Neisser, Korsakoff croient à la possibilité du passage rapide à un état de démence complet, sous l'influence prolongée de l'alitement, alors que certaines stimulations, le mouvement physique par exemple, auraient une bonne influence sur l'évolution de la maladie, en tirant ces malades de leur indifférence émotionnelle.

Les autres psychoses aiguës, délires épisodiques des dégénérés, délires toxiques sont eux aussi très heureusement influencés par l'alitement.

Parmi les affections chroniques, la paralysie générale progressive a semblé à plusieurs titres redevable de la méthode, si on prend en considération les attaques

(1) *Revue de médecine*, 1902.

congestives et l'état de dénutrition, qui surviennent dans le cours de la maladie. Tous les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet. MM. Garnier et Cololian croient le repos au lit défavorable, une stase circulatoire due au décubitus dorsal étant toujours à craindre et l'agitation due à l'hyperhémie cérébrale pouvant également s'ensuivre. L'alitement favoriserait même d'après ces auteurs, l'apparition des escharres chez les paralytiques.

Une dernière question se pose. Comment doit-on pratiquer l'alitement? Quelle est dans ses traits essentiels la technique de la méthode?

L'expérience déjà vieille des médecins allemands a définitivement établi, à côté des indications précises, le procédé le plus fécond.

L'alitement thérapeutique, pour donner tous les résultats qu'on en attend, rester d'application facile et surtout nuire aussi peu que possible à la liberté de l'aliéné, but principal des tendances humanitaires des aliénistes qui ont fait de l'aliéné un malade, doit se pratiquer dans une salle commune.

Cette règle technique a paru essentielle à la majorité des auteurs. Elle a rencontré peu de dissidents. Cl. Neisser, le protagoniste de la méthode, considère l'alitement en salle commune, sinon comme la condition *sine qua non*, au moins comme le facteur le plus important de la réussite du traitement.

Le professeur Korsakoff estime que l'utilisation d'une salle commune est un des plus puissants moyens qui puissent aider à l'organisation régulière du système de l'alitement, bien que, dans certaines circonstances on

soit obligé de se servir de chambres séparées. Pour lui, c'est par ce moyen seul, que le traitement par le repos au lit reste ce qu'il doit être, c'est-à-dire une méthode de non restraint. A l'appui de son opinion, Korsakoff invoque l'exemple des maisons de santé privées où, du fait même de l'organisation de l'établissement, les essais de traitement par le repos au lit ont été pratiqués dans des chambres isolées.

L'échec qui a suivi ces tentatives serait, d'après lui, un argument sérieux en faveur de l'alitement en salle commune.

Deux raisons majeures, auxquelles il faut peut-être rapporter tout le succès de ce procédé ont été invoquées en faveur de l'alitement en commun.

La première est que pour obliger un malade à demeurer au lit, il n'est rien de préférable à la contrainte morale et rien de pire que la contrainte physique. Cette contrainte morale le malade se l'impose à lui-même par l'effet suggestif qu'exerce sur son esprit, la vue d'autres malades alités, celle du linge qui le couvre et et l'aspect du milieu où il est placé. Tout cela influence heureusement son état de désorientation, lui fait comprendre plus ou moins sa situation et le rend moins rebelle au séjour au lit.

Le second motif, c'est qu'une surveillance attentive du personnel s'exerce d'une façon moins pénible pour le malade et moins importune, dans une salle d'alitement commune, que dans une chambre isolée.

De ces raisons d'ordre psychologique, qu'on prendrait à tort pour des minuties, on doit tenir un compte sérieux, sans quoi le traitement par le lit risquerait fort

de perdre son rang parmi les méthodes de douceur et ne manquerait pas de devenir, si ces raisons étaient méconnues un procédé nouveau de contrainte.

Les aliénistes étrangers font du séjour au lit volontaire et librement consenti par le malade, le point capital de la méthode. Ils envisagent l'alitement, même appliqué aux malades très agités, comme un appoint sérieux à la méthode générale du non restraints.

Bernstein croit même « que le séjour au lit est le dernier mot de la grande lutte pour la liberté et le droit des aliénés. »

Le souci principal des promoteurs de la méthode a donc été d'écarter systématiquement du traitement par le repos au lit, tout ce que pouvait prêter à l'équivoque avec une méthode de restraint et donner prise dans ce sens à la critique.

La règle est formelle : il ne doit y avoir rien de commun entre le traitement par le repos au lit et un système de contrainte.

L'affirmation de certains auteurs est catégorique. En aucun cas, on ne peut appliquer de moyens de contention sur un malade mis au lit. A peine est-il quelques cas, extrêmement rares, les cas chirurgicaux par exemple, où l'intérêt du malade et celui de sa conservation doit décider le médecin à recourir à la force.

Ce souci scrupuleux de la liberté du malade, nous le retrouvons chez Esquirol « les maniaques, dit-il, ne doivent pas être retenus dans leur habitation, encore moins attachés dans leur lit. »

Que convient-il de faire, devant cette proscription absolue des moyens de contention et de leur exclusion

de la méthode du repos au lit, dans les cas où le malade doit rester couché et qu'il s'y refuse ?

Faut-il recourir à la main des infirmiers ? Un certain nombre de moyens de douceur doivent être auparavant mis en œuvre. A cet égard, l'initiative individuelle a le champ libre. Les uns essayent de persuader le malade qu'il a de la fièvre, que son état exige du repos ou bien encore, comme le recommande Neisser, de le retenir au lit au moyen de distractions. Certains malades se trouvent bien qu'un infirmier reste à leur côté et converse avec eux.

Dans les paroxysmes hallucinatoires des délirants alcooliques, qui, lorsque le malade est dans l'obscurité, le poussent à sortir de son lit à tout moment, Magnan a montré les bons effets de l'alitement en pleine lumière. On voit alors le malade, distrait de ces hallucinations terrifiantes par la représentation soudainement plus vive des objets qui l'entourent, suivre sans résistance le conseil de se remettre au lit.

Si tous ces moyens restent sans effet, il ne faut pas s'opposer au lever du malade, et on peut le laisser pendant quelques minutes, se promener dans la salle, aller jusqu'à la fenêtre. Au bout de quelques instants, le malade revient en général à son lit.

Il est des cas pourtant où l'intérêt du malade est supérieur au scrupule d'employer la contrainte. Ce sont par exemple certaines psychoses fébriles où d'épuisement, qui exigent un séjour au lit ininterrompu. Mais le plus souvent dans ces cas, le malade ne fait aucune résistance et n'entame jamais de véritable lutte avec les gardiens.

Il n'en est pas de même dans certains cas de paralysie générale et chez les malades anxieux, que la résistance opposée par le personnel, excite au plus haut degré. Neisser, Korsakoff croient préférable dans ce dernier cas, de laisser le malade libre, de peur qu'une résistance prolongée n'entraîne avec elle des [ecchymoses, ou des othématomes, qui pourraient entraîner la condamnation de la méthode. Du reste, par l'emploi du bain permanent ou de calmants, on arrive assez bien à diminuer l'agitation de ces malades.

Ces rares indications du maintien au lit par la force ne justifient certainement pas l'opinion de Clouston sur la valeur générale du traitement par le lit. Il n'est pas, comme le croit cet auteur, un restraint déguisé, ni un moyen commode d'assurer la discipline et le calme dans un asile.

Le traitement par le lit comporte divers degrés, qui répondent chacun à une indication particulière.

Soumis au régime absolu, le malade doit rester constamment au lit et ne se lever que pour aller aux water-closets. Le séjour au lit ainsi compris est loin d'être aussi intransigeant que celui que Weir Mitchelt conseille à ses neurasthéniques.

A un deuxième degré, la station assise sur une chaise est autorisée pendant la durée des repas.

Un troisième mode comporte le lever deux fois par jour pour de courtes promenades.

Puis on permet le lever pendant quelques heures, et en dernier lieu le séjour au lit jusqu'à la visite médicale seulement.

Dans ces derniers cas, le malade a d'ailleurs toute li-

berté de se coucher quand il le désire, dans le cours de la journée.

La durée totale du traitement ne doit guère dépasser six ou huit semaines dans les cas aigus. Prolongé au-delà, l'alitement a plusieurs inconvénients dont les plus sérieux sont les atrophies musculaires, l'anémie, les troubles dyspeptiques, l'onanisme et une manie lectuaire signalée par de nombreux auteurs. Serbsky croit même qu'après une certaine période, parfois très courte de leur maladie, les aliénés aigus ont besoin d'une stimulation intelligente de leur énergie psychique. »

On a pris en Allemagne l'habitude d'aliter tous les entrants, pour faciliter l'examen clinique. Cette coutume comporte cet autre avantage que si un examen sérieux fait reconnaître la nécessité du repos au lit, l'habitude en est déjà prise par le malade et on n'a pas autant de peine à obtenir son séjour au lit, que dans les cas où il a déjà subi une autre régime.

Le Docteur Trenel a constaté qu'il était difficile d'aliter certaines circulaires qui jamais auparavant n'avaient été traitées de cette façon.

Tout le monde reconnaît les bons résultats cliniques de l'alitement. A lui seul, pourtant il ne peut amener la guérison des états aigus de l'aliénation. « Mais, dit M. Sérieux, il atténue à n'en pas douter l'intensité des symptômes les plus pénibles des maladies mentales aiguës ; il écarte les redoutables complications physiques et psychiques, auxquelles il faut en général attribuer la terminaison de ces psychoses par la mort, la démence ou le passage à l'état chronique. »

Neisser, Korsakoff ont vu certaines psychoses au

début, celles des dégénérés par exemple, s'arrêter brusquement dans leur évolution par le repos au lit. Cl. Neisser voit même dans l'alitement un excellent préventif du retour à l'état aigu des psychoses entrées en convalescence.

Tout en étant une méthode précieuse, le repos au lit n'est pas une panacée, tel est l'avis général. Il faut lui adjoindre d'autres moyens thérapeutiques, l'hydrothérapie, la suralimentation. Mais son avantage le plus important c'est d'avoir fait disparaître des asiles l'isolement cellulaire et l'usage des moyens de contrainte.

La méthode du bain permanent

La pratique des bains plus ou moins prolongés n'est pas une méthode thérapeutique tout à fait nouvelle ; comme le prouve l'historique de la question, mais c'est aux aliénistes allemands et particulièrement à Krœpelin, qu'elle doit l'extension qu'elle a prise dans le traitement des états d'agitation et l'importance qu'aucun de ses premiers parrains n'avait réussi à lui donner.

Bien que Brierre de Boismont cite comme antérieur au sien, un ouvrage de Pomme sur l'emploi des bains prolongés dans les maladies nerveuses, c'est à Turck, de Plombières qu'il faut rapporter le premier essai de bains tièdes, prolongés pendant deux ou trois jours, essai remontant à 1829.

Mais c'est Brierre de Boismont, qui, dans un rapport adressé à l'Académie de médecine, a formulé les principales indications du bain prolongé, et indiqué quels

avantages on pouvait en attendre dans le traitement des états maniaques surtout. Tout en considérant le bain prolongé, comme le traitement de choix des formes aiguës de l'aliénation, cet aliéniste ne renonçait pourtant pas à l'emploi simultané d'autres moyens thérapeutiques. Dans le but de renforcer l'action dépressive du bain, il se servait de certains médicaments, tels que le calomel à la dose répétée de vingt à quarante centigrammes, et le tartre stibié. Une diète rigoureuse de quelques jours venait aussi parachever l'action du bain et des médicaments et « contribuer, disait-il, à faire tomber la fureur et l'exaltation des maniaques. »

Il faut signaler aussi qu'il faisait usage de baignoires de force, munies de couvercles de bois, et qu'il ne craignait pas d'immobiliser dans leur bain, les malades trop agités, au moyen de camisole de force et de guêtres de cuir. Le bain à la température initiale de 28° à 30°, tombait progressivement à 20°. Il avait une durée de huit heures au moins et de quinze heures au plus. Pendant tout ce temps, des affusions froides étaient faites sur la tête du malade.

Ce traitement énergique ne peut évidemment être placé parmi les méthodes de douceur. Nous verrons plus loin, combien cette pratique barbare s'est améliorée dans les mains des médecins allemands et diffère de celle qui est usitée de nos jours.

Casimir Pinel neveu, dans un travail publié en 1854, se déclare partisan des bains prolongés, de cinq à vingt heures de durée, avec arrosage de la tête du malade pendant toute la durée du bain. Il signale l'ac-

tion presque spécifique du bain sur le délirium tremens, et l'amélioration rapide des états maniaques sous son influence.

Guislain insistait aussi sur ce fait que les maniaques supportent très bien le bain prolongé et le conseillait dans les états de grande agitation pendant une durée de six à douze heures.

Bonnefous, de Leyme eut l'occasion d'expérimenter le bain tiède prolongé chez quelques malades, atteints de brûlures et de phlegmons et vit l'un d'eux supporter sans trouble notable un bain de quinze jours.

En Allemagne, en dehors d'un essai de Reinhard qui avait vu les escharres des paralytiques, guérir rapidement sous l'influence du bain prolongé, nous ne trouvons aucune autre publication concernant ce dernier jusqu'en 1898.

Vers cette époque, Ernest Beyer déclara au Congrès des aliénistes allemands du Sud-Ouest, que l'on pouvait considérer la méthode du bain permanent comme un progrès considérable de la thérapeutique des maladies mentales. Il donna les résultats de son expérience, montrant que le bain pouvait être prolongé sans inconvénient pendant plusieurs mois, s'il était besoin. Il s'efforça également de démontrer que l'emploi des moyens de contention pour retenir le malade au bain était inutile et même nuisible, le calme survenant rapidement. Le bain permanent lui semblait convenir parfaitement aux agités maniaques, ainsi qu'aux paralytiques généraux en état d'excitation. En dehors de ces cas, le bain rendait encore des services chez les malades malpropres ou porteurs d'escharres et de plaies.

On n'a presque rien ajouté depuis à ces observations. La méthode du bain permanent doit au professeur Kroepelin de lui avoir prêté sa haute autorité. Ce dernier en effet a installé à la clinique de Hedelberg dans la section de surveillance réservée aux agités une salle de bain spécialement destinée à l'application du bain permanent.

A quelles indications précises répond le bain permanent? Quelle est son action physiologique? Cette action le désigne-t-elle plus spécialement dans certains cas? Telles sont les questions qu'il faut se poser. La clinique a déjà fourni à la méthode du bain permanent, quelques indications générales. Le bain prolongé s'adresserait surtout aux états aigus de l'aliénation, aux états suraigus même, si on en croit Brierre de Boismont. Les états maniaques vrais, où la congestion cérébrale est le fait principal, sont très améliorés par cette méthode.

On comprendrait mieux sans doute l'importance et la justesse de cette indication, que l'observation clinique seule a fournie aux aliénistes, si les effets du bain chaud sur la circulation cérébrale était mieux connus.

A ce point de vue, quelques physiologistes sont arrivés à des résultats expérimentaux assez contradictoires, qui n'ont pas jeté une grande lumière sur l'action physiologique du bain permanent. Schüller a vu le bain chaud prolongé amener une forte constriction des vaisseaux cérébraux, à la suite d'une courte période de dilatation. Les battements du cerveau deviendraient plus lents et plus superficiels pendant toute la durée du bain.

Des recherches expérimentales sur la pression sanguine, inscrite pendant un bain de température indiffé-

rente ou légèrement tiède, ont montré à Tschlénoff que le bain avait peu d'influence sur cette pression. Rossi n'a pas confirmé cette manière de voir. Il a vu tout au contraire la pression sanguine d'abord abaissée, s'élever ensuite et rester à ce niveau pendant deux heures environ, dans un bain à 33°.

On voit qu'il existe encore une grande obscurité au sujet du mode d'action des bains tièdes sur la circulation cérébrale. L'expérimentation n'a rien donné de précis, ni qui fût en concordance avec ce que la clinique avait depuis longtemps montré.

Les règles de l'application du bain permanent sont beaucoup mieux fixées. Il existe un certain nombre de prescriptions bien établies concernant le lieu où l'on doit donner le bain, la baignoire et le malade lui-même.

La salle de bain est le plus ordinairement située dans la section de surveillance réservée aux agités, pour lesquels on a plus souvent que pour les autres malades recours à cette méthode de traitement.

A Heidelberg, la salle de bain de la section de surveillance des agités, contient quatre baignoires qui sont séparées l'une de l'autre par une demi-cloison. A l'asile de Francfort, Alzeimer a installé une salle de douze baignoires, dont trois seulement sont occupées la nuit.

Dans cette méthode, comme dans celle de l'alitement, il est nécessaire de ménager à l'agité l'effet suggestif de la vue d'autres malades dans leur baignoire, de manière à diminuer son opposition.

La baignoire destinée au bain prolongé ne doit pas être autant que possible une baignoire ordinaire. Elle

doit satisfaire aussi à certaines indications. Comme le séjour du malade dans le bain peut être prolongé jour et nuit, il est bon que la forme de la baignoire lui permette une position commode et reposante. Aussi l'extrémité supérieure doit-elle être inclinée fortement, de façon que le malade puisse reposer à demi étendu sur elle. Un coussin à air en caoutchouc peut être aussi placé sous la tête du malade pour permettre son sommeil.

Les bords de la baignoire doivent être fortement recourbés, de manière qu'un malade agité ne puisse s'y blesser.

Alter a vu se produire des escharres dues au frottement contre le fond de la baignoire chez des paralytiques agités. Aussi conseille-t-il de placer un fond de bain en toile, jouant le rôle de hamac.

L'eau tiède, à la température optima de 33 à 34°, est amenée à la baignoire au moyen d'un appareil mélangeur, situé hors de portée du malade, auquel il est également impossible de vider sa baignoire.

Kemmler conseille pour éviter la projection de l'eau au dehors, de recouvrir la baignoire d'une alèze. L'eau doit être toujours à une température à peu près égale.

Le malade est placé dans le bain couvert d'une chemise, dont les plis flottants retiennent son attention et qui, en s'appliquant sur son corps, lorsqu'il se dresse hors du bain, lui donne une sensation pénible de froid qui l'oblige à se replonger dans l'eau.

Les extrémités, mains et pieds, doivent être enduites de vaseline pour prévenir la macération, si le bain doit être très prolongé.

La règle essentielle de l'emploi des bains permanents

est ici encore la proscription totale de tout moyen de contention mécanique.

La baignoire ne doit en aucun cas être fermée par un couvercle.

Wurth se sert néanmoins d'un couvercle de toile, qui n'emprisonne pas le cou, et destiné plutôt à empêcher le malade de vider sa baignoire qu'à l'y maintenir.

Lorsque le malade oppose au bain une résistance invincible, il vaut mieux céder et essayer l'enveloppement humide. Mais l'exemple de Krœpelin, autorise à ramener le calme chez le malade au moyen d'une injection hypodermique d'hyoscine. Alzeimer conseille plutôt dans ce cas l'usage d'hypnotiques légers.

Si la première tentative échoue, on essaie de nouveau jusqu'à ce qu'on obtienne le séjour volontaire du malade dans le bain.

L'alimentation des sujets soumis à la balnéation continue doit être particulièrement surveillée. Des aliments doivent être donnés au malade dans son bain, dont un des avantages est de surexciter l'appétit.

Il est rare de voir des malades cesser de s'alimenter, ce qui devient alors une contrindication formelle à la prolongation du bain.

Le malade doit être conduit aux water-closets sur sa demande. L'eau du bain gâtée par les déjections, est renouvelée totalement.

La surveillance de la salle de bain doit se faire de jour et de nuit.

A la clinique de Heidelberg, un infirmier est attaché spécialement à la salle de bains.

La durée du bain est illimitée. M. Sérieux a vu à Heidelberg certains malades au bain jour et nuit depuis dix-huit mois. Il est évident qu'en pareil cas, le traitement par le bain continu est plutôt une mesure systématique, destinée à obtenir le calme chez quelques vieux agités chroniques, destinée à faire concurrence au système du repos au lit... Krœpelin croit qu'il n'est pas de traitement préférable au bain permanent pour les maniaques très excités, et certains paralytiques et catatoniques agités. Tous les malades que l'alitement en salle commune ne calme pas et pour lesquels il faut recourir à l'isolement, tous les malades qui déchirent et se deshabillent, seraient justiciables du bain continu.

Alzheimer a confirmé ces indications, mais il a remarqué que les anxieux se trouvaient plutôt mal du bain prolongé, d'autant plus que ces malades font une opposition continuelle à leur séjour dans le bain. Les cas de folie périodique seraient heureusement influencés par ce traitement.

Tous les aliénistes qui ont mis en pratique le bain prolongé, ont remarqué que les plaies, les escharres et les inflammations cutanées, furoncles, lymphangites guérissent avec une grande rapidité sous son influence.

Mais l'avantage principal de la méthode résulte de ce que les chambres d'isolement ne sont plus utilisées et restent vides. Les moyens de contention, le maillot, les gants de force, qui trouvaient encore quelques très rares indications sont complètement délaissés.

La suppression des médicaments hypnotiques est encore un heureux appoint à la méthode du bain permanent. Alter, au pensionnat de l'asile de Leubus a

préconisé un traitement des états d'agitation chronique dont le fond était constitué par l'emploi du bain permanent et des enveloppements humides, et la suppression des médicaments hypnotiques et de l'isolement cellulaire.

Cet auteur a vu qu'un bain de douze heures procurait au malade un sommeil de neuf heures de durée.

Pourtant le traitement par le bain continu n'est pas exempt de tout inconvénient. Würth a vu dans un quart des cas survenir des syncopes au cours de bains de douze heures. Cet auteur emploie, il est vrai le bain à la température de 36° chez des agités chroniques. Krœpelin et Alter n'ont jamais observé de pareils accidents en maintenant la température du bain voisine de 34°.

Würth signale d'autre part l'accoutumance très rapide qui suit l'emploi de bain de douze heures et qui oblige à recourir de nouveau aux hypnotiques et à la chambre d'isolement.

Tous s'accordent à reconnaître que le bain permanent entraîne des frais assez considérables. La surveillance de jour et de nuit ne doit pas se relâcher. Aussi faut-il un personnel plus nombreux. Forster et Kreuser l'affirment. A l'asile de Leubus, Alter qui emploie le bain permanent a un infirmier pour 2, 4 malades.

D'autre part, pour maintenir l'eau du bain à une température toujours égale, pendant douze heures, il faudrait d'après Würth, la renouveler trois ou quatre fois.

Mais cette dépense est, paraît-il, compensée largement par la suppression des médicaments destinés à combattre l'agitation et par ce fait que les malades salissent moins et ne déchirent plus.

En somme, si nous en croyons les auteurs allemands, qui l'ont préconisé, le traitement des états d'agitation par le bain permanent a comblé une lacune dans le traitement des états d'agitation. Allié au repos au lit, il est venu assurer le triomphe des méthodes physiques de traitement, qui semblent mieux que les agents pharmaceutiques, auxquels on a pu reprocher d'être une camisole chimique, concilier les exigences du traitement et le souci de la liberté de l'aliéné.

*Suppression des moyens de contention mécanique
et de l'isolement cellulaire.*

Nous avons déjà fait remarquer en étudiant les méthodes de traitement dans quelle mesure, elles avaient contribué à modifier l'aspect et l'organisation de l'asile d'aliénés. Elles ont eu encore un autre résultat non moins intéressant, la suppression des moyens de contention mécanique à l'invention desquels l'ingéniosité des aliénistes s'était presque uniquement attachée jusque-là, et l'abolition de l'isolement cellulaire, tel qu'on le comprend encore chez nous.

Ce progrès constitue du reste le fond même de cette méthode du non restraint, qui a fait la gloire de Cornolly, et pour laquelle combattent encore ceux qui ont le respect de la personnalité de l'aliéné et qui demandent que sa qualité de malade soit enfin prise en suffisante considération.

L'application systématique de moyens appropriés au traitement des états d'agitation, sur lesquels la thérapeutique a le plus de prise a, partout où elle a été

loyalement faite entraîné la suppression des procédés de contrainte.

Le système du repos au lit, par exemple, tel qu'on le comprend à l'étranger, comporte, comme une nécessité rigoureuse de sa pratique, le délaissement de tout moyen de restraint quel qu'il soit. Il en résulte qu'il n'y a plus pour le malade d'états intermédiaires au repos au lit et au travail.

Dans nos asiles, où, soit à cause d'une organisation défectueuse, de l'encombrement ou de l'insuffisance numérique du personnel médical, il ne peut être question que de l'application de mesures hygiéniques on a pris l'habitude de considérer les moyens de contention mécanique comme une nécessité naturelle à laquelle on est obligé de recourir, inséparable de la collocation de tout aliéné agité.

Le personnel de surveillance conservant malgré tout l'initiative de l'application de moyens de contrainte, tels que la camisole, le maillot, les entraves ou le fauteuil de force, on voit ces procédés rester plus que jamais en honneur. A ce sujet, le docteur Lwoff a fait des constatations navrantes et même effrayantes dans nos asiles ainsi que dans les asiles belges où l'emploi des moyens de contrainte, qui sont plutôt des procédés de torture, ne tend guère à disparaître.

L'étrangeté d'un pareil état de choses est frappante : « On oblige, dit M. Lwoff, le médecin d'inscrire sur un cahier spécial en toutes lettres les moindres doses d'un médicament toxique ou non toxique — mais par une aberration étrange, on trouve tout naturel de ne demander aucun compte d'une médication aussi redou-

table que l'emploi des moyens de contrainte, dont l'application intempestive fait certainement plus de victimes que la strychnine, la cocaïne et la morphine et autres poisons réunis. »

Que sont devenus par contre en Allemagne, les moyens de contrainte? Nous voyons Ludwig Meyer, vers 1863, à l'époque où il commence à appliquer le traitement par le repos au lit, instituer à l'asile de Hambourg, un non restraints rigoureux. En 1865, il fait même vendre les 150 camisoles de force de son service.

Depuis lors, tous les aliénistes allemands l'ont suivi dans cette voie et la suppression de la contrainte est devenue la règle. « On a même, dit M. Sérieux, cessé de discuter sur le non restraints partout mis en pratique. »

On ne voit plus dans les pays allemands, comme en Angleterre d'où le non restraints est sorti, appliquer les moyens de contention en dehors de certains cas chirurgicaux ou exceptionnels et pour quelques heures seulement.

On peut juger par une telle réforme, des progrès accomplis par la psychiatrie allemande, depuis Esquirol qui, précisément, signalait la fécondité incroyable des Allemands dans l'invention d'instruments destinés à contenir les furieux.

Ce progrès sont, il faut le dire, en conséquence directe de la possibilité d'un traitement individuel des malades par des moyens appropriés et dans des asiles bien organisés.

La preuve en est que sans qu'il ait été besoin en Allemagne et en Russie de réglementer comme on l'a fait en Belgique et en Angleterre l'emploi des moyens de

contention, ceux-ci ont été peu à peu délaissés, à tel point même qu'en Russie, d'après Korsakoff, il est des médecins aliénistes qui n'ont jamais vu une camisole de force.

Qu'est devenue la pratique de l'isolement cellulaire sous la poussée des méthodes nouvelles de traitement ? N'a-t-il pas rejoint les appareils de contention dans le musée historique des moyens jadis employés au traitement de l'aliénation ?

Nous allons voir ce qu'il en subsiste encore, mais nous pouvons affirmer déjà que la cellule et le quartier cellulaire surtout, ce vieil organe de l'asile d'aliénés, ont subi de si profondes modifications qu'on peut se demander s'il en reste quelque chose.

Depuis longtemps Parchappe auquel il faut toujours se rapporter en matière de construction d'asiles, a donné son opinion sur l'isolement cellulaire. Il lui reconnaissait de multiples inconvénients et insistait sur le caractère pénitenciaire des quartiers de cellule. « La cellule comme habitation de jour, disait-il, ne peut être admise que très exceptionnellement et toujours d'une manière temporaire et par une courte durée... l'expérience faite sur une large échelle, pendant un grand nombre d'années, a démontré que le séjour permanent dans une cellule, loin d'être efficace pour amener l'apaisement de l'agitation chez les aliénés, a au contraire pour effet d'augmenter et d'entretenir l'agitation (1). »

Foville était encore plus catégorique. « L'isolement dans la cellule, disait-il, a des inconvénients graves.

(1) *Dict.* DECHAMBRE. Art. Assistance des aliénés, p. 105.

L'halluciné, l'agité, n'y trouvent que des conceptions délirantes nouvelles, les fonctions organiques s'exerçant mal, leur constitution s'étiolé (1). »

Renaudin affirme que « la cellule est une cause permanente d'excitation, exagérant les conséquences de l'état hallucinatoire et favorisant le développement des conceptions délirantes les plus tenaces. Elle n'est pas moins nuisible, dit-il, sous le rapport hygiénique. »

Certains faits corroborent ces opinions. Les médecins du quartier d'aliénés annexé à l'établissement pénitentiaire Waldheim, en Saxe, ont signalé la prédominance des psychoses hallucinatoires chez les sujets jeunes et non endurcis qui sont soumis à la réclusion cellulaire. Chez trente-sept détenus, l'éclosion des hallucinations aurait été nettement favorisée par le séjour en cellule. L'opposition faite en France à l'isolement cellulaire, s'est étendue à l'étranger. En Allemagne, en Russie, en Ecosse, on a renoncé dans tous les asiles aux quartiers composés uniquement de cellules.

Partout se sont accumulées des observations défavorables à l'emploi de l'isolement cellulaire.

Le docteur Forel a vu les malades mis en cellule devenir insociables et coprophages. Pætz a noté les mêmes inconvénients. Il n'y a pas à l'asile d'Alt-Seherbitz, de quartiers cellulaires. Des chambres d'isolement sont disséminées dans les divers pavillons de l'établissement central. Le séjour des malades dans ces chambres est toujours très court.

A la clinique de Moscou, Korsakoff, et Timofeïff à

(1) *Dict.* JACCOUD. Art. Asiles d'aliénés.

St-Pétersbourg, ne font plus, depuis que l'on alite les malades agités, usage de leurs quartiers cellulaires.

Cl. Neisser déclarait au Congrès de Paris en 1900 que « les quartiers cellulaires exception faite pour les asiles pour criminels, doivent disparaître définitivement des asiles ».

Le docteur Toulouse a demandé le remplacement des quartiers cellulaires par la chambre d'isolement, dont on fait usage à l'étranger. Il ne craint pas de comparer le quartier cellulaire à « une véritable ménagerie de fauves humains, qui s'excitent mutuellement et que l'on rend méchants et dangereux avec la cellule, comme l'on transforme en l'attachant dans sa niche un chien inoffensif en un gardien sauvage (1) ».

La condamnation sans appel du quartier cellulaire et de l'isolement en cellule a été prononcé, par M. Magnan, d'autant plus autorisé qu'il a supprimé depuis 1897, l'isolement cellulaire dans son service. « Dans tous les asiles, dit ce maître, il y a des quartiers cellulaires où les malades passent non pas quelques heures d'isolement, mais bien toute leur vie d'aliénés. Un pareil fait ne peut être accepté. Si les cellules persistent, il y aura toujours des asiles où les malades y resteront. S'il y a de vraies chambres d'isolement, ils y passeront seulement les heures nécessaires (2). »

Faut-il donc rejeter du plan de l'asile d'aliénés moderne, tout local destiné à isoler l'aliéné furieux ? Sans aller aussi loin, il serait bon de substituer à l'antique

(1) *Revue de psychiatrie*, 1898.

(2) Congrès de Paris, 1900, p. 417. Section de psychiatrie.

et détestable modèle de cellule qui semblait si défec-
tueuse à Parchappe, « avec ses murs épais, ses portes
verrouillées, ses fenêtres grillées, son sol dallé, son lit
fixé, son siège d'aisance inamovible » ce qu'on appelle
à l'étranger, la chambre d'isolement. Qu'est-ce qu'une
chambre d'isolement ? « C'est, dit Korsakoff, une petite
chambre à coucher avec plus ou moins de confort, d'où
l'on peut, bien entendu, retirer au besoin les objets
qui peuvent être nuisibles au malade. »

En Allemagne, comme nous l'avons vu, ces chambres
d'isolement sont situées dans le pavillon de surveillance
continue. Elles s'ouvrent sur la salle centrale de réunion
ou sur un vestibule latéral et sont destinées à isoler
tout au plus quelques instants les malades insociables
soumis ou non à l'alitement. Leur porte simple ou
double, vitrée jusqu'à mi-hauteur, ne rappelle en rien
la porte massive à judas, commune aux vieux asiles et
aux prisons. Leur fenêtre haute et large, garnie de
vitres épaisses, mais transparentes, n'est le plus souvent
protégée par aucune grille. Elle peut s'ouvrir facilement
sur une partie de sa hauteur pour assurer la ventilation.

A la clinique de Giessen, les fenêtres sont munies de
jalousie qui peuvent être manœuvrées de l'extérieur de
la chambre et fermées plus ou moins au moyen d'une
clef, de manière à augmenter ou à diminuer la
lumière.

Mais le caractère essentiel de la chambre d'isole-
ment c'est que le séjour du malade y est momen-
tané, sans pour cela que la surveillance soit moins
sévère. La porte en est d'ailleurs toujours plus ou moins
entr'ouverte, et ce n'est que dans de rares cas où aucun

traitement n'a pu ramener le calme chez un malade très bruyant, qu'on la ferme complètement.

Dans ce cas la surveillance doit être encore assez active pour empêcher le malade de salir avec ses excréments, ses vêtements ou les murs de la chambre. Dans les hôpitaux d'aliénés, où il existe encore des quartiers cellulaires comme par exemple à la clinique de Giessen, ce pavillon d'isolement est en communication directe par un couloir avec la section de surveillance. La surveillance continue s'exerce aussi dans ce pavillon d'isolement dont les chambres ne sont jamais fermées.

A la clinique de Bâle, il existe une chambre capitonnée, d'un modèle un peu spécial. Le matelassage est éloigné du mur de façon à permettre de circuler tout autour. Il est soutenu par quatre piliers de bois, qui sous-tendent des lanières de coutil et une toile imperméable. Le parquet est aussi matelassé.

Bien qu'en Allemagne et en Russie, il existe à peu près partout des chambres d'isolement, les aliénistes se sont demandés si on ne pouvait les supprimer ou plutôt dans quelle mesure on pouvait concilier leur emploi avec le traitement par le repos au lit.

A ce point de vue, les avis sont unanimes. Le traitement par l'alitement en salle commune supprimant les états d'agitation ou les atténuant, l'isolement cellulaire n'a plus de raison d'être.

« Je considère, dit Korsakoff, que le système de l'alitement qui permet de ne plus avoir recours ou tout au moins bien plus rarement aux chambres isolées, mérite par ce seul fait déjà d'attirer l'attention des aliénistes. »

Il est pourtant certains cas où l'isolement devient nécessaire.

Neisser croit que ce sont surtout les malades bruyants et gémissieurs dont la présence à côté d'autres malades ne saurait être tolérée, qu'il faut isoler et seulement, lorsque les bains, les médicaments ou le simple déplacement dans une chambre voisine n'ont eu aucun résultat. Certains autres malades peuvent aussi se bien trouver de l'isolement « ceux qui se préoccupent extraordinairement des impressions du dehors, dit-il, peuvent être soumis avantageusement à l'isolement pendant un temps plus ou moins long ». Mais pour Neisser, l'isolement reste un pis aller, dont il a pu se passer des semaines et des mois à l'asile de Leubus.

Korsakoff reconnaît, lui aussi, qu'il est certains malades, les gémissieurs et les épileptiques furieux, pour lesquels l'isolement est nécessaire.

A la clinique de Saint-Pétersbourg, Bechterew a renoncé complètement à l'alitement des agités en salle commune. Il alite ces malades dans des cellules dont il a fait enlever les portes.

Le professeur Jolly a reconnu l'impossibilité de se passer complètement de l'isolement cellulaire, particulièrement pour certains épileptiques et certains délirants très agités.

Wattenberg a même essayé de réhabiliter l'isolement. Il croit qu'on ne doit pas appeler isolement, le fait de séparer le malade des autres, tout en le soumettant à une surveillance aussi rigoureuse et en lui prodiguant des soins dans une chambre non fermée.

Heilbronner pense que le séjour dans une chambre

particulière n'est pas aussi déplaisant au malade, que certains le disent. L'isolement serait même indiqué dans certains cas où l'attention du malade est surexcitée par le monde extérieur, chez ces malades qui sont gagnés par l'excitation de leurs voisins et chez certains autres qui ramènent tout ce qui se passe autour d'eux à leurs préoccupations intimes. L'état d'anxiété qui apparaît alors serait vite calmé par le séjour dans une chambre isolée.

Heilbronner croit que l'isolement est encore préférable pour les malades qui font une grande résistance à l'alitement en salle commune, et qu'on est autorisé à laisser se lever pendant quelques minutes. Cette tolérance présenterait moins d'inconvénients dans une chambre séparée, que dans une salle commune.

Hebold a vu que certains agités se calmaient plus vite et restaient plus volontiers alités dans une chambre isolée que dans un dortoir.

Malgré les avantages que l'isolement cellulaire présente dans certains cas et qui sont les seules excuses des concessions que certains lui font encore, le professeur Rieger, de Wurzburg, considère ce moyen de traitement comme inutile et nuisible et en a presque complètement supprimé l'usage dans la clinique qu'il dirige. A Wurzburg, il n'existe en effet que trois chambres d'isolement pour soixante malades, encore ne comptent-elles pas parmi le nombre de places disponibles.

Rieger affirme que ce sont précisément les agités qu'il est dangereux d'isoler dans une chambre loin de toute surveillance. Il faut, au contraire, que chaque accès d'agitation soit, dès son apparition, traité médicalement.

Voici du reste la pratique qu'il a instituée dans son service :

Si l'on a affaire à un aliéné furieux, ou bien à un malade confus et tout à fait égaré, il faut tout d'abord le coucher dans un lit capitonné ou mieux dans un lit-cuve, placé dans la salle commune. Si l'accès ne se calme pas, on peut transporter ou rouler le lit du malade dans une chambre capitonnée pour quelques minutes seulement. Aussitôt que l'agitation est tombée, on doit ramener le malade dans la salle commune. Toutes ces mesures sont, bien entendu, combinées avec un traitement médicamenteux ou l'hydrothérapie.

Si l'on a affaire à un aliéné bruyant, la présence du médecin au chevet du malade, le changement de milieu, par exemple le transport du lit dans une salle voisine, le bain prolongé dans la salle de surveillance, suffisent le plus souvent à ramener le calme. Sinon, il convient de pratiquer un isolement simplement optique du malade, au moyen de paravents. En dernier lieu seulement, il faut recourir au transport dans une chambre d'isolement voisine, dont on ne fermera la porte que si cela devient absolument nécessaire. Quoiqu'il arrive le séjour du malade dans cette chambre ne doit pas dépasser quelques instants.

On voit que cet auteur a réduit presque à rien l'emploi des chambres d'isolement.

Au bureau d'admission de l'asile Sainte-Anne, à Paris, M. Magnan a renoncé lui aussi à l'isolement en cellule. Il ne procède à l'isolement que pour des cas extrêmement rares, puisqu'il n'a eu à l'employer que huit fois sur 800 malades agités, soumis au régime du lit. Ces

huit malades étaient du reste des épileptiques furieux, que tous les aliénistes considèrent comme éminemment dangereux.

Malgré son usage très restreint, la pratique de l'isolement cellulaire reste insupportable à quelques médecins. Il faudrait, d'après eux, l'abolir tout à fait. Citons pour terminer ce qu'en a dit Robertson : « On a supprimé les cellules, mais on les a remplacées par des chambres d'isolement, qui leur ressemblent fort. On y enferme certains malades dans la journée, de moins en moins il est vrai ; et pendant la nuit de moins en moins aussi. Ce sont des reliquats de l'ancienne prison. Si l'on veut se rapprocher de l'idéal hospitalier, il faut réduire l'incarcération obligatoire au degré où l'on a réduit la camisole de force, c'est-à-dire pratiquement l'abolir. Si le fou est un malade, il ne faut pas l'enfermer pas plus la nuit que le jour, ce qui revient à dire qu'il faut augmenter le personnel de surveillance des asiles et surtout le personnel de nuit. La réforme qui supprimera l'abus des chambres d'isolement est une réforme de premier ordre qui prendra rang à côté de celle de Pinel, de Tuke et de Conolly (1). »

(1) ROBERTSON, analyse par Mursgrave CLAY, in *Archives neurologie*, 1903.

L'application des méthodes nouvelles de traitement en faveur à l'étranger, leur introduction dans notre pays, n'exigeraient-elles pas la réforme totale de notre système défectueux d'assistance ? Nos asiles ne subiraient-ils pas un bouleversement de fond en comble pour répondre aux exigences d'une thérapeutique nouvelle ? Cette révolution ne susciterait-elle pas une foule de difficultés financières et administratives rendues plus insolubles encore par les défauts de notre législation ? C'est ce qu'il faut se demander avec les aliénistes français, dont l'opinion ne s'est faite qu'après essai loyal de ces méthodes.

Si on en croyait les promoteurs du traitement par le repos au lit, et leurs affirmations, on ne pourrait conserver aucun doute sur la possibilité d'une application immédiate de cette méthode dans nos asiles, aussi vieux et mal organisés qu'on puisse les supposer.

A ce propos nous nous permettrons de rappeler l'opinion de quelques-uns de ces auteurs.

« L'expérience faite dans quelques hôpitaux, dit Korsakoff, nous a démontré que nous possédons dans l'usage systématique du repos au lit un moyen d'améliorer la situation des aliénés, et un moyen qui ne demande pas de grosses dépenses, que l'on peut facile-

ment employer partout, même dans les hôpitaux de type ancien et très mal construits (1). »

Cl. Neisser fait preuve encore de plus d'intransigeance. « Le psychiatre, dit-il, ne peut se retrancher derrière l'insuffisance des conditions locales pour refuser à ses malades les bienfaits de l'alitement, il n'a pas plus ce droit, que le chirurgien en face des difficultés à assurer l'asepsie, n'attendra pour le faire qu'on lui ait construit un nouveau bâtiment (2). »

Le docteur Sérieux pense que le traitement par l'alitement peut être appliqué facilement dans nos asiles actuels, sans nécessiter d'installation coûteuse.

Malheureusement, rien ne vient confirmer de pareilles affirmations. Nous trouvons même, chez les auteurs précédents, certaines restrictions qui viennent à l'encontre de leurs opinions.

Neisser a pourtant essayé de prouver que le système du repos au lit amenait une sérieuse économie. Il conclut de bilans comparatifs portant sur sept années successives de traitement sans alitement et de sept années de traitement par l'alitement, à l'asile de Leubus, à la valeur économique de cette méthode. C'est surtout sur l'habillement, les médicaments et la propreté que porterait la diminution des dépenses.

Aucun auteur, bien au contraire, n'est venu confirmer ces observations.

Bernstein, sans entrer de plein pied dans l'étude de la question financière, déclare que le traitement par le

(1) *Congrès de Médecine mentale*, Paris 1900, p. 279.

(2) *Congrès de Médecine mentale*, Paris 1900, p. 368.

repos au lit demande une augmentation certaine de dépenses et un personnel plus nombreux.

Korsakoff lui-même insiste sur ce point important, qu'il serait une erreur de croire que le simple repos au lit constitue à lui seul tout l'ensemble des moyens que le système de l'alitement comporte.

« Il est nécessaire de faire entrer dans le système à titre de partie intégrante, l'organisation d'une surveillance spéciale (par exemple l'installation de pavillons d'observation); une répartition particulière des malades et une adaptation correspondante des locaux. »

On a très bien compris à l'étranger, qu'entre la disposition architecturale et l'aménagement mobilier des salles de surveillance d'une part et la méthode du repos au lit d'autre part, il devait y avoir union indispensable et même inséparable, sous peine de voir périlcliter la méthode.

Du reste, les essais qui ont été faits en France du traitement par le lit, en dehors d'une véritable section de surveillance, en un mot en l'absence des conditions qui en font tout le succès à l'étranger, ces essais se sont heurtés à des difficultés considérables qu'il importe de reconnaître.

M. Doutrebente, qui a fait un essai de traitement par le lit à l'asile de Blois, reconnaît que l'emploi de ce nouveau moyen thérapeutique exige la refonte des asiles.

Le docteur Pochon, élève de M. Magnan a montré que, si l'application du repos au lit, dans le service d'admission à l'asile Sainte-Anne a donné le bon résultat qu'on espérait, elle a exigé une installation spéciale et

un personnel plus nombreux que dans les autres asiles de la Seine, puisque dans les salles d'alitement il y a jour et nuit un infirmier pour quatre malades.

Une des conclusions du travail remarquable du docteur Pochon est : « la possibilité de l'alitement est subordonnée aux conditions de nos observations (service, personnel, veille). »

Clausolles est arrivé à une conclusion à peu près analogue. Le personnel doit être augmenté et afin de faciliter la surveillance, l'adaptation des locaux s'impose aux asiles qui voudraient entrer dans cette voie thérapeutique.

De Casteras, dans une thèse inspirée par M. le docteur Keraval, a signalé les bons résultats du traitement par le repos au lit dans les formes aiguës de l'aliénation. Mais il fait remarquer que l'alitement appliqué en tant que méthode générale de traitement de l'aliénation mentale, entraîne avec lui la réforme et la réorganisation complète des asiles et en particulier celle des personnels médical et de surveillance. Il s'exprime ainsi au sujet des gardiens : « Une nouvelle éducation serait à faire, car ce ne serait plus de simples gardiens, mais des hommes sérieux, capables d'observer tout en surveillant et susceptibles de renseigner le médecin sur les changements et les variations du délire. »

Il faut donc un personnel nombreux et bien dressé ; tous s'accordent sur ce point. Le professeur Korsakoff fait même à ce sujet cette remarque concluante : « Si dans une organisation régulière du régime au lit, la section est calme, un grand nombre d'infirmiers peut paraître inutile, il ne faut pas oublier que ce calme ne s'obtient

que grâce à une nombre suffisant de garde-malades. »

N'y a-t-il pas dans cette nécessité de posséder un personnel nombreux et instruit, une raison déjà bien suffisante à expliquer pourquoi le traitement par l'alitement est loin d'avoir pris chez nous toute l'extension désirable.

Plus d'un chef de service a vu son initiative paralysée par l'insuffisance de son personnel.

A l'asile de Villejuif, les docteurs Marie et Poulet n'ont appliqué l'alitement qu'à titre de simple expérience la pénurie d'infirmiers et la mauvaise disposition des locaux, ayant interdit l'emploi régulier de cette méthode.

Est-il besoin devant ces faits, qui justifient assez le retard apporté chez nous à l'utilisation des nouveaux traitements, d'incriminer la mauvaise volonté des aliénistes français et de mettre en doute leur bonne foi.

Nous n'insisterons pas sur la question toute voisine du personnel médical, qu'il est aussi difficile de résoudre que la précédente. Rappelons qu'en Allemagne, dans un asile quelconque, même peu privilégié, la proportion est d'environ un docteur en médecine pour 100 ou 125 malades.

Comment alors concilier l'application d'une méthode qui exige un service très lourd pour le médecin, avec l'insuffisance numérique du personnel médical, qui est de règle chez nous.

Si on s'en rapporte à Neisser « il faut en moyenne, un médecin pour 50 à 100 malades, sans quoi, il ne peut être question de traitement individuel suffisant, que l'on applique ou non l'alitement. »

Il y a à la bonne application du régime au lit, une condition *sine qua non*, c'est qu'un médecin soit presque en permanence dans les sections de surveillance, afin d'y traiter d'urgence les états d'agitation dès leur apparition, par des moyens dont il doit être le seul juge. Sans quoi, on peut affirmer, que le traitement par l'alitement deviendrait rapidement un des pires moyens de contrainte.

On a si bien compris en Allemagne, la valeur de cette condition, qu'on a jugé indispensable pour les médecins assistants, d'avoir leur logement dans le pavillon même de traitement. On a pensé par ce moyen empêcher que quoique ce soit restât caché à l'œil du maître.

Il faut encore pour assurer la réussite de la méthode, du dévouement de la part du médecin. « Si, dit M. Garnier, le médecin se borne à donner des instructions à un personnel plus ou moins stylé, s'il ne prend part à tout, s'il ne fait pas de fréquentes apparitions dans les salles d'alitement, s'il n'intervient pas directement avec l'autorité qui s'attache à sa personne, pour apaiser l'excitation qui tend à se déchaîner, s'il s'en remet à des subalternes pour ce soin, si son contrôle n'est pas de chaque heure pour ainsi dire, il n'y a pas grand chose à attendre de l'alitement. »

En somme, pour expliquer le défaut d'application en France de la méthode de l'alitement, il est inutile d'invoquer d'autres raisons que celles des difficultés techniques et économiques à la solution desquelles est attachée la réussite de tout le régime.

Est-il besoin d'invoquer, comme d'aucuns l'ont fait, la résistance et la défense naturelles qu'opposent à ce

traitement les malades Français ou bien encore d'accuser la beauté de nos climats de se prêter mal au séjour au lit? L'avis de nombreux auteurs est qu'une transformation totale de nos asiles, en vue de l'utilisation de ces méthodes thérapeutiques, est nécessaire.

Mais un tel bouleversement se heurte à une difficulté extra médicale, la question financière. L'absolutisme financier des Conseils généraux pour ce qui concerne le budget des asiles est un obstacle sérieux à la propagation chez nous du mouvement thérapeutique révolutionnaire, qui a modifié si complètement à l'étranger la physionomie de l'asile. Ces paroles d'un inspecteur général du service des aliénés nous semblent s'appliquer parfaitement à la situation.

« Dans les conditions actuelles de la plupart des asiles la tâche de l'administration est difficile, les préoccupations budgétaires assaillent la direction. Veut-on tenter quelque amélioration, essayer une application nouvelle abandonner la contrainte pour le non restraints, pratiquer l'alitement, se pourvoir d'un personnel nécessaire, ou modifier les aménagements locaux, cela devient impossible, car toutes ces réformes ont leur retentissement immédiat sur le budget (1). »

(1) DROUINEAU, Rapport à la Société pour l'étude des questions d'assistance. *In Revue philanthropique*, 1901.

CONCLUSIONS

1° Notre système actuel d'assistance des aliénés, tant par les défauts de la loi de 1838 qui le régit, que par la confusion, dans l'Asile, des aliénés aigus et des aliénés chroniques, préjudiciable aux uns et aux autres, ne satisfait pas à la nécessité d'un traitement individuel des états aigus de l'aliénation mentale, qui sont le plus curables.

2° La création de l'*hôpital*, destiné à l'assistance et au traitement des psychoses aiguës, a été réalisée, à l'étranger et surtout en Allemagne, par la fondation d'hôpitaux urbains d'aliénés, de cliniques psychiatriques universitaires, et d'asiles-colonies.

3° Le quartier de surveillance continue, plus spécialement destiné au traitement des états aigus de l'aliénation mentale est l'élément caractéristique, commun à ces diverses institutions et permettant seul par son aménagement et son organisation, l'application des méthodes nouvelles de traitement.

4° Les méthodes physiques de traitement, alitement,

bains prolongé ou permanent, usitées à l'étranger dans le traitement des états d'agitation, ont donné les meilleurs résultats. Elles ont permis la suppression des moyens de contention mécanique et modifié largement, sinon aboli la pratique de l'isolement cellulaire.

5° Ces méthodes et plus particulièrement le traitement par le repos au lit, ne peuvent être appliquées en France, sans entraîner la réforme de notre système d'assistance, et la réorganisation complète de l'asile suivant un modèle semblable ou simplement analogue à celui qu'ont adopté les aliénistes allemands, modèle dont nous avons essayé de préciser les principaux caractères.

Le Président de la Thèse,

H. SOULIER.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 19 octobre 1903.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- P. SÉRIEUX. — Assistance des aliénés, en Allemagne, en Autriche, en Italie, en Suisse. — Rapport au conseil général 1903.
- Assistance des alcooliques en Suisse et en Allemagne.
 - Traitement de la mélancolie par le repos au lit. — Arch. de neurologie, 1899.
 - Travail et alitement dans le traitement des psychoses. — Progrès médical, 1902.
 - Les cliniques psychiatriques des Universités Allemandes. Arch. neurol. 1900-1901.
- P. SÉRIEUX ET FARNARIER. — Trait. des psychoses aiguës par le repos au lit. — Semaine médicale, 1899.
- Trait. des états d'agitation par le bain permanent, revue des psychiatries 1901, p. 127.
- P. SÉRIEUX. — Quelques méthodes nouvelles du traitement des psychoses aiguës. — Revue de psychiatrie, 1903.
- P. KERAVAL. — Traitement de l'aliénation par le bain continu. — Presse médicale, mai 1902.
- Traitement de l'aliénation mentale par le repos au lit. — Progrès médical, juin 98.
- TRÉNEL — Traitement de l'agitation et de l'insomnie. — Rapport au congrès de médecine mentale de Bruxelles, 1903.
- DE CASTERAS. — Traitement de l'aliénation par le repos au lit. — Thèse de Lille, 1900.
- POCHON. — Thèse de Paris, 1900. — Contribution à l'étude du traitement des psychoses par l'alitement.
- CLAUSOLLES. — Th. de Toulouse, 1900.
- MARIE. — Assistance des aliénés en Ecosse. — Rapport au conseil général, 1892.
- ARMAND. — Nécessité de créer des hôpitaux pour les délirants et les aliénés curables. — Thèse de Lyon, 1902.
- Congrès de médecine mentale de Lyon, 1891.
- BRIERRE DE BOISMONT. — Emploi des bains prolongés et des irrigations continues dans le traitement des formes aiguës de la folie.
- Mémoires, Académie de médecine, 1847.
- DANNEMANN. — La clinique psychiatrique de Giessen. — Berlin, 1901.

- Casimir PINEL neveu. — Traitement de l'aliénation mentale aiguë en général et principalement par les bains tudes prolongés.
- MOREL. — No restraint.
- SANDRET. — Construction des asiles d'aliénés.
- Congrès de psychiatrie. Paris, 1900.
- Albert ROBIN. — Traité de thérapeutique. Maladies mentales.
- Congrès d'Assistance familiale. Anvers, 1902.
- PARCHAPPE. — Dictionnaire encyclopédique. Art. asiles d'aliénés.
- Des progrès de la fondation et de la construction des asiles d'aliénés.
- TOULOUSE. — Les causes de la folie.
- GARNIER et COLOLIAN. — Traité de thérapeutique des maladies nerveuses et mentales. Paris 1901.
- GRIESINGER. — Traité de médecine mentale.
- KRÆPELIN. — Quartier d'observation de la clinique pschiatrique de Keidelberg, Ally, Zeitsch, für Psych. 1902.
- SIOLI et KRÆPELIN. — Sur les quartiers de surveillance continue. Allg, Zeitsch, für Psych. T. I, p. 23, 1843.
- XXV^e Congrès de la Société psychiatrique de l'Allemagne du Sud-Ouest, 1893.
- PAETZ. — Organisation des stations de surveillance. Allg, Zeitsch, für Psych. XLIV, p. 424.
- GUDDEN. — Sur l'organisation des stations de surveillance. Allg, Zeitsch, für Psych. T. XLII, p. 454, 1885.
- HEBOLD. — Traitement au lit et cellule. Allg, Zeitsch. f. Psych. T. XLVII, p. 680, 1890.
- HEILBRONNER. — Traitement par le séjour au lit et traitement par l'isolement cellulaire. All., Zeitsch, für Psych. 1896.
- WATTENBERG. — Devons nous isoler. All., Zeitsch, für Psych. 1895.
- SANDER. — Traitement des états aigus d'excitation. Congrès de Carlsruhe, nov. 1901.
- WIZEL. — Traitement des aliénés par le repos au lit. Ann. médico-psychol. 1901.
- MARANDON DE MONTGEL. — Traitement du délire épileptique par l'alitement. Revue de médecine, 1902
- KRÆPELIN. — Traité de psychiatrie. V^e édition.
- WEYGANDT-ROUBENOVITCH. — Atlas manuel de psychiatrie. 1903
- ALTER. — Recherches sur le traitement sans cellule et l'emploi de l'hydrothérapie. Centralblatt. f. Nervenheilk. 1902. mars.

